Anno XV N. 1 e 2

IL MANICOMIO

MODERNO

Giornale di Psichiatria

ORGANO DEL MANICOMIO INTERPROV. V. E. II.

Direttore

Dott. Domenico Ventra

DIRETTORE DEL MANICOMIO

Redattori

Dott. Raffaele Canger (Redattore-Capo)
R. Fronda, F. Del Greco, G. Angrisani, R. Galdi, L. De Cesare,
E. Fornasari di Verce, G. Angiolella (Segretario della Redazione)

Collaboratori

Prof. D'Abundo Giuseppe — Funaioli Paolo — Lombroso Cesare
Tonnini Silvio — Virgilio Gaspare — Zuccarelli Angelo
Dott. Alessi Urbano — Algeri Giovanni — Brugia Raffaele
Codeluppi Vittorio — Cristiani Andrea — De Luzenberger Augusto
Frigerio Luigi — Giacchi Oscar — Grimaldi Andrea — Marchi Vittorio
Pianetta Cesare — Pieraccini Arnaldo — Roscioli Raffaele
Rossi Enrico — Sgobbo F. Paolo — Tamburini Ruggiero.

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO
1899

INDICE

Parte Prima

Memorie Originali

PSICHIATRIA

RIVISTE

BIBLIOGRAFIE

PARTE PRIMA

PSICHIATRIA

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Dott. Domenico Ventra

SULLA CLASSIFICAZIONE
DEGLI STATI PSICOPATICI

Appunti

DEL

Dott. Gaetano Angiolella

I.

Una buona e ben fondata classifica degli argomenti da trattare é condizione indispensabile allo sviluppo ed al progresso di una scienza, è, d'altra parte, una delle cose più difficili cui una scienza possa tendere, uno dei più ardui argomenti che uno studioso possa tentare. Sembrerebbe, perciò, ed è infatti, ardire quasi folle e ben pericoloso cimentarsi in simile agone, arrischiarsi in un garbuglio così fitto ed inestricabile; nè io mi sarei a ciò spinto, se non avessi avuto un' idea, cioè che questo mio più che modesto saggio, che si presenta al pubblico degli alienisti protestando di essere ben lungi dal suo oscuro e modestissimo autore la pretesa di risolvere la quistione e di dir l'ultima parola sul dibattuto e grave argomento, potrà probabilmente servire di occasione a richiamare sull'argomento medesimo l'attenzione di persone più elevate ed in ben più cospicua posizione scientifica, ed avviare così verso la sua riso-

luzione l'arduo problema. Arduo più di quello che a prima vista non sembri, perchè, oltre le difficoltà che in ogni scienza si incontrano quando si vuol procedere alle classificazioni, qui hanvi le difficoltà che son proprie di quelle scienze in cui il continuo movimento, dirò, interno e vitale, il non interrotto e progressivo sviluppo delle conoscenze e quindi il successivo mutar d'opinioni e d'idee, fa sì che non è stabile, nè per l'estensione nè per l'intima natura sua, l'obbietto stesso della ricerca, la materia da classificare e distinguere. La Psichiatria di oggi, infatti, non è più quella di pochi anni or sono. Prima di tutto sotto questo nome oggi deve intendersi la psicopatologia nel più largo senso della parola, vale a dire lo studio di tutte le alterazioni ed anomalie che nella psiche possono riscontrarsi in rapporto a lesioni macro o microscopiche, strutturali o chimiche, sia del cervello sia di tutto il sistema nervoso, sia dell'organismo in genere; quindi da un lato occorre, nello studio dei fenomeni psichici, tener presente questo punto di vista largo ed esteso, dall'altro occorre comprendere in questo studio non soltanto quelle che più comunemente si indicano col nome di psicopatie, ma molte altre, sieno anomalie costituzionali, sieno difetti acquisiti nel carattere morale o nell'intelligenza o nel modo di esplicarsi di certi determinati lati della psiche, che, benchè talvolta sieno compatibili colla vita sociale, sotto certi punti di vista, però, hanno maggiore importanza delle vere psicopatie, posson dar luogo a conseguenze più gravi, e, dal lato pratico e medico-legale, a più gravi discettazioni e quistioni. Alludo ai così detti caratteri mattoidi, a quelli passionali, alle anomalie sessuali, e così via dicendo, e non farà meraviglia che io dica che a fianco a tutti questi uopo è che rientri nell'ambito degli studii psicopatologici anche il fenomeno della genialità.

Ma, oltre ai limiti della materia, mutano altresì i singoli costituenti di essa, perocchè le entità cliniche in psichiatria non hanno raggiunto ancora quel grado di relativa stabilità che hanno in altre branche della medicina e che rende più facile il compito di chi si propone di classificarle. Qui, invece, tutto é mutevole ed oscillante. La mania e la lipemania, che dapprima si consideravano come le più importanti e le più frequenti forme psicopatiche, oggi si scindono in sottospecie diverse a seconda del terreno su cui si sviluppano, e vanno, d'altra parte, cedendo il campo a forme nuove che o non si conoscevano affatto o si consideravano come estremamente rare a riscontrarsi nella pratica. La frenosi sensoria, la confusione mentale nelle sue molteplici varietà, la paranoia acuta, nate ieri modeste e piccine, assurgono oggi giganti a contrastare il terreno alla mania e alla lipemania ed a cacciarle in seconda linea nella scala della frequenza e dell'importanza delle psicopatie. All'antico gruppo delle monomanie intellettuali, la cui denominazione includeva il concetto di un'alterazione parziale della psiche, si è sostituita la paranoia, che dapprima si considerava come entità unica, poi si è cominciata a dividere in varie forme a seconda del contenuto del delirio per sostituirsi in seguito a questo criterio quello dell' epoca della vita in cui si sviluppa, il che importa una gravità maggiore o minore del fondo degenerativo individuale, donde la paranoia originaria, la tardiva, la secondaria ecc. L'epilessia ha esteso e va mano mano estendendo i suoi dominii, sicchè rientrano in essa molte forme di follia transitoria, di monomanie impulsive, omicide o suicide, di pervertimenti sessuali, ecc., che prima si consideravano come entità cliniche autonome, e forse vi entreranno col tempo anche alcune forme che ora si vanno studiando, come la disfrenia emicranica, illustrata

dal **Mingazzini** (1). Giacchè questo lavorio di ricostruzione e di riordinamento non è affatto completato, ma continua ogni giorno, sicchè può profetizzarsi che pressochè tutta la nomenclatura psichiatrica sarà, coll'andar del tempo, rinnovata, e agli odierni nomi, che sono in rapporto or colla forma sintomatica or coll'elemento etiologico delle psicopatie, altri se ne sostituiranno indici del disturbo istofisiologico degli elementi nervosi cerebrali. I progressi della moderna citologia, infatti, come ho esposto in una mia rassegna critica (2), pare vadano dimostrando che processi degenerativi e disintegrativi degli elementi cellulari nervosi si riscontrano in molte condizioni (intossicazioni, autointossicazioni, infezioni, influenze di fattori esaurienti) le quali sogliono o possono esser cause di sviluppo di psicopatie; dal che è lecito dedurre che somiglianti processi stieno a base di queste ultime anche quando tali cause non sono evidenti e conclamate. Queste alterazioni, però, non pare, finora almeno, che sieno specifiche, differenti, cioè, in ognuna delle suddette condizioni od intossicazioni, il che corrisponderebbe alla somiglianza che si riscontra nei quadri sintomatici delle svariate forme di eccitamento o di depressione. Parrebbe, invece, a giudicarne dalle cognizioni di fisiologia generale, che le alterazioni dovessero appunto esser diverse a seconda che vi è un eccitamento, vale a dire uno stato di iperfunzionalità delle cellule, o una depressione, cioè una diminuzione di funzione, o infine una deviazio-

---

(1) *Mingazzini* — Sopra una speciale sindrome emicranica. (Rivista sperimentale di Freniatria, Vol. XXI, Fasc. IV). — Fernere klinische Beobachtungen über geistige Störungen in Folge von Hemicranie. (Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie 1897).

(2) Le minute ricerche istologiche in patologia mentale. (Annali di Neurologia, 1898).

ne dalla normale funzionalitá cellulare. E poichè oggi si distinguono delle zone del cervello in cui è più sviluppata la funzione motrice, altre in cui prevale quella sensitiva, or di sensibilità generale or dei varii sensi specifici, ed altre, poi, in cui predomina, giusta le esperienze del Bianchi (1) sui lobi frontali, la funzione associativa dei prodotti delle altre aree corticali, vale a dire la funzione più essenzialmente psichica, non è improbabile ancora che le lesioni sieno differenti, non per natura ma per sede, nelle varie forme psicopatiche, a seconda, cioé, che é prevalentemente compromessa l'una o l'altra delle varie facoltà elementari della psiche. È prevedibile, quindi, che sarà questo criterio, sia, cioè, della natura sia della sede delle lesioni, che presiederà alla delimitazione delle entità nosografiche ed ai loro aggruppamenti.

Non è, dunque, soltanto la classificazione, cioé l'ordinamento e il ravvicinamento, secondo alcuni criterii e alcuni caratteri comuni, di date forme psicopatiche ben note e determinate; è qualche cosa di più che oggi occorre in psicopatologia, cioè appunto la netta determinazione di queste forme, la benintesa costituzione delle varie entità cliniche, in altri termini la nosografia freniatrica.

L'edificio antico, infatti, si sgretola da tutti i lati. e sulle rovine del vecchio il nuovo si comincia ad innalzare, ma non ha ancora quella sodezza che è necessaria perchè si possa giurare sulla sua stabilità almeno relativa, e dico relativa perchè, in fondo poi, nella scienza non vi é nulla di assolutamente stabile, tutto subendo l'eterna legge della trasformazione e del progresso.

(1) *Bianchi* — (The function of frontal lobes — The Brain 1895.)

⁂

Un altro fatto importante a notare, poi, è che la cennata trasformazione delle entità cliniche non riconosce come unica sua cagione i progressi delle nostre conoscenze, per cui consideriamo oggi sotto un certo punto di vista cose e fatti che dapprima consideravamo sotto un punto di vista diverso. Di ragioni ve ne é un'altra del tutto obbiettiva, ed è che in realtà le malattie mentali subiscono serie e positive modificazioni secondo le razze e le epoche, come del resto tutte le malattie, ma certamente con maggiore intensità e rapidità, perché, come le differenze etniche sono meno notevoli dal lato fisico di quel che sieno dal lato psichico, così nello stesso popolo i mutamenti che si verificano nella conformazione organica col succedersi delle generazioni sono molto più lenti di quelli che avvengono nello stato sociale, nelle varie manifestazioni psichiche, nello sviluppo dell'intelligenza e in tutte quelle condizioni che sulla psiche possono influire ingenerandovi più o meno gravi alterazioni.

Di una psicopatologia comparata, intesa in questo senso, può dirsi che non esiste se non qualche lavoro staccato, come quelli del Van Brero (1) sulle psicosi delle popolazioni dell'arcipelago Malese, quelli del Meilhon (2) sulla paralisi generale presso gli Arabi, quello del Del Greco (3) sulle malattie mentali del

---

(1) *Van Brero* — Ueber die Psychosen der Bevolkerung der malaischen Archipelagus. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. LIII. H. I.

(2) *Meilhon* — Contribution à l'etude de la paralysie générale considerée chez les Arabes. (Annales médico psycologiques, Maggio - Giugno 1893).

(3) *Del Greco* — Su alcuni caratteri delle forme psicopatiche nel mezzogiorno d'Italia. (Annali di Neurologia, Anno XIII, Fasc. I.)

mezzogiorno d'Italia, e qualche altro; ed è appunto per la scarsezza di questi studii che non è possibile apprezzare la reale portata dell'elemento etnico nella genesi e nella forma delle psicopatie. Nondimeno anche da quel poco che se ne sa é lecito dedurre che delle differenze in rapporto di questo elemento esistono difatti, che varie sono le forme predominanti in regioni e popolazioni diverse, che vi sono in alcune dei disturbi ignoti a noi, mentre vi sono rari altri fra noi frequentissimi, e cosí via dicendo. Chi, poi, ha pratica di alienati e di manicomii si accorge facilmente come la progressiva rarità delle tipiche manie e lipemanie sia, al meno da noi, un fatto reale e positivo, non cioè una semplice illusione dipendente dal che noi classifichiamo oggi sotto altro nome molti casi che prima come manie e lipemanie sarebbero stati considerati; ma, ripeto, un fatto dipendente dal perchè oggi predominano, più di alcuni anni or sono, le forme deliranti ed allucinatorie, sicché molto spesso un abnorme lavorío sensoriale si nasconde e sta a base di certe agitazioni che a prima vista si giudicherebbero maniache, o di certe depressioni malinconiche, e gli stati maniaci per lo più consistono soltanto in una certa irrequietezza e follia di atti, sicchè il vero eccitamento ideativo puro, come è descritto nei trattati, diventa sempre più una rarità nei manicomii. Di pari passo all'incremento progressivo della paralisi generale e sopratutto alla diffusione di essa in popolazioni rurali, quasi contemporaneamente il **Bullen** (1) in Inghilterra, il **Kundt** (2) in Germania ed io in Italia (3) abbiamo notato una tras-

(1) *Bullen* — A variation an the clinical type of progressive paralyse (The Iournal of mental Science, avril 1894).
(2) *Kundt* — Statistisch- casuistische Mittheilung zur Kenntniss der Progressiven Paralyse (Allg. Zeitschrift für Psych. Bd. L, H. I. u. II)
(3) Sulla paralisi progressiva. Considerazioni statistico-cliniche. (Il Manicomio moderno, vol X, 1894).

formazione del tipo clinico di questa malattia, nel senso di farsi sempre più rara la forma classica megalomaniaca e in generale delirante, e prevalere, invece, quella di pura e semplice demenza, che quasi non si giudicherebbe paralitica se non fosse accompagnata dai sintomi fisici caratteristici. Sebbene, in generale, le malattie mentali sieno in aumento, nondimeno non sono più che un ricordo molto lontano le grandi epidemie di follie isteriche sotto forma principalmente di delirii religiosi o demonomaniaci che infierirono, specie in alcune contrade, nel medio-evo; e oggi, cessate o almeno diminuite le preoccupazioni dell'al di là, generate dall' esagerato ascetismo di quell'epoca, sparisce mano mano il vecchio delirio di possessione demoniaco e comincia a delinearsene una forma nuova, che consiste nel credere di essere dominato nelle azioni da una volontà altrui, umana, però, ma che si impone alla propria mediante pratiche magnetiche ed ipnotiche.

Le entità cliniche, inoltre, in psichiatria, non hanno quella ben netta delimitazione e quella individualità spiccatamente propria che hanno molte, se non tutte, la malattie somatiche, per cui, in queste ultime, non è possibile o almeno non è facile riscontrare forme di passaggio dall'una all'altra. Qui, invece, tali forme sono frequentissime e stabiliscono transizioni graduali ed insensibili dall' una all' altra psicopatia, di modo che accade sovente incontrare nella pratica casi che non si riesce ad inquadrare in una delle note caselle, in uno dei noti gruppi sintomatologici, sia per indeterminatezza di linee, sia per complessità di sintomi che in parte all'uno in parte all'altro si riferiscono, ed in cui spesso é giuocoforza fare una diagnosi ibrida o complicata e molteplice.

*
* *

Se da una parte, però, il terreno clinico è oscillante ed incerto e presta malsicuro fondamento a criterii di distinzione e di classifica, non è lecito fare maggiore assegnamento sul criterio anatomo-patologico e su quello etiologico e patogenetico. Giacchè, mentre l'anatomia patologica delle malattie mentali è ancora un desiderato ed è appena oggi che cominciano ad essere autorizzate le speranze di pervenire a qualche serio e positivo risultato in questo campo, le conoscenze eziologiche sono così vaghe ed indeterminate che non è possibile in alcun modo fondarvisi. Manca, infatti, quel che è più essenziale ed importante, cioè la conoscenza della specificità delle cause, dappoichè quelle condizioni che si considerano d'ordinario come i momenti etiologici delle psicopatie sono su per giù le stesse in tutte le forme di queste ultime, ond'è che la medesima causa esauriente od infettiva o patematica che dà luogo ad una lipemania in un individuo può dar origine ad una mania o ad una frenosi sensoria in un altro, dal che è giustificato il concetto già da parecchi messo innanzi e propugnato di recente dal Del Greco (1), che cioè, specie negli stati psichici acuti, l'accesso psicopatico sia, in fondo, uno ed assuma aspetti diversi a seconda del terreno su cui s'impianta, del peculiare, cioè, temperamento individuale. E se una stessa causa può produrre effetti diversi, lo stesso effetto può, a sua volta, esser prodotto da diverse cause, e ciò deve dirsi non solo per gli accessi psicopatici acuti, ma anche per quelli cronici, comprese alcune entità nosografiche che han migliore e più netta determinazione, come la paralisi progressiva, che può essere occasionata sia dalla sifilide, sia dall'alcoo-

---

(1) *Del Greco* — Sulle varie forme di confusione mentale. (Il Manicomio moderno, Anno XIII e XIV).

lismo, sia da quelle condizioni esaurienti che si riuniscono sotto il nome di *surmenage* e che probabilmente agiscono altresì per una autointossicazione dell'organismo per abnormi ed eccessivi prodotti di disintegrazione del lavorio nervoso. Dal che deriva che quelle denominazioni che fino a poco fa si usavano e che erano fondate sull'eziologia, consistente nell'azione di qualche sostanza tossica, come p. es. quelle di frenosi pellagrosa, frenosi alcoolica, frenosi cocainica e così via dicendo, vadano ora cadendo in disuso, perché non corrispondono ad entità cliniche determinate, essendo oramai noto che molteplici e svariati possono essere i disturbi psichici prodotti dall'influenza di uno di questi veleni sull'organismo e sul cervello.

*
* *

Se, però, enormi e quasi insormontabili sono le difficoltà che si oppongono ad una buona classificazione delle psicopatie, d'altro canto e per queste stesse ragioni appunto, maggiore e più grave ed intenso se ne risente il bisogno e l'urgenza sia dal punto di vista scientifico sia da quello pratico. Scientificamente, infatti, una, per quanto sia possibile, netta e precisa determinazione dei tipi clinici è, come dicevo, condizione pressoché indispensabile di progresso, in quanto che agevola la ricerca, spiana la via all'indagine, equivalendo a una esatta delimitazione dell'obbietto sottomesso all'indagine medesima. Praticamente, poi, la necessità di essa è risentita da qualunque medico di manicomio, che deve spesso contorcere la realtà dei fatti per costringerli in certe vecchie formule, stiracchiando le sindromi cliniche per farle entrare nelle rubriche delle statistiche ufficiali, che in Italia si fondano sulla oramai rancida classifica del V e r g a ; è risentita dal perito

medico-legale che innanzi ai tribunali occorre tenga un linguaggio diverso da quello che tiene nel campo puramente scientifico, è risentita perfino dai profani che si interessano degli studii nostri e principalmente dai cultori di sociologia criminale.

A prova di che sta p. es. il fatto che l'ultima volta che la Società Freniatrica Italiana si radunò in Congresso nell'ottobre del 1896 a Firenze, pervenne al Presidente della Società medesima una lettera del Beltrami Scalia, il quale esprimeva il desiderio che il Congresso si occupasse di stabilire una classifica delle malattie mentali. In seguito a tale lettera fu nominata una commissione composta dei Prof. Tamburini, Bianchi, Morselli, Virgilio, e Raggi, coll'incarico di riferire su tale argomento (1). Dolorosamente, però, l'opinione di tali illustri persone al riguardo non si è potuto ancora conoscere. Chi, intanto, trovavasi d'ignorare questo particolare, vieppiù si meraviglierà nell'apprendere che io, conoscendolo, ardisca tentare uno studio che a persone come quelle che sopra ho ricordato è stato affidato. Nondimeno fo notare che il mio saggio, appunto perché non riveste alcun carattere di ufficialità e si presenta spoglio di qualsiasi pretensione, può essere giudicato dal solo punto di vista di un tentativo di un modesto lavoratore, il quale non intende se non esporre alcune idee che sono il risultato di una certa pratica di un tal genere di malati e di malattie, acquistata durante un periodo di esercizio manicomiale, che, oramai, se non può dirsi ancora lunghissimo, certo comincia a non esser più lecito chiamar breve.

(1) V. Atti del IX Congresso della Società Freniatrica Italiana. (Rivista Sperimentale di Freniatria, Anno XXIII.

II.

Per entrare in argomento, dirò che le classifiche finora fatte delle malattie mentali sono varie e molteplici. A cominciare da quella di Pinel e di Esquirol, che distinguevano solamente la mania, la lipemania, la monomania, la demonomania, la demenza, l'imbecillità e l'idiotismo (1), molte se ne sono succedute col progredire delle conoscenze. Per citare fra queste le principali, ricorderò dapprima quella del Morel (2), che è stato per la psichiatria quel che Darwin per le scienze naturali, principalmente perchè vi ha introdotto il concetto della degenerazione ereditaria, ponendolo a fondamento di un gruppo importante di psicopatie e quindi a base della sua classificazione. In questa egli distingue sei gruppi: il primo delle alienazioni ereditarie, che comprende i temperamenti nervosi, i pazzi morali, i deboli di spirito; il secondo delle follie tossiche, sia per introduzione diretta di sostanze venefiche sia per alimentazione cattiva o insufficiente, sia per influenze miasmatiche come il cretinismo; il terzo delle alienazioni per trasformazione di certe nevrosi, come l'epilessia, l'isterismo, l'ipocondriasi; il quarto delle follie idiopatiche, come la paralisi generale; il quinto delle follie simpatiche, il sesto delle demenze consecutive.

Oltre questo tentativo del Morel di fondare una classifica sul criterio eziologico ed oltre uno del Parchappe di basarla su quello anatomo-patologico, ten-

(1) *Esquirol* — Delle alienazioni mentali o della pazzia in genere ed in ispecie. — Traduzione italiana. Milano, 1827.
(2) *Morel* — Traité des maladis mentales. Paris, 1860.

tativo che, se sarebbe vano oggi, tanto più doveva esserlo al tempo in cui fu fatto, le altre piglian quasi tutte punto di partenza dalla sintomatologia, ciò che del resto é naturale, dal momento che, per quanto imperfettamente conosciuto, questo lato della psicopatologia é coverto da un men denso velo di quello che ricovre l'etiologia, il meccanismo patogenetico e le lesioni anatomiche dei disturbi psichici. Così il Kieser ha proposto di dividere tutte le malattie mentali in due gruppi, malattie, cioè, del sentimento e malattie dell'intelligenza, ed il Griesinger (1), seguendo lo stesso concetto, le riunisce in tre classi a seconda della essenziale facoltà della psiche che è a preferenza lesa, divisione, come s'intende, artificiale, perchè la psiche é una e le lesioni di una sua facoltà non vanno mai disgiunte da quelle delle altre. Il Guislain (2) vuol ridurle a 6 tipi essenziali, cioè la melanconia o frenalgia, l'estasi o frenolessia, la mania, la follia o parafrenia (anomalie della volontà, malattie impulsive), il delirio o ideofrenia, la demenza o afrenia, distinguendo, poi, le varie combinazioni binarie, ternarie o quaternarie di queste forme; mentre il Baillarger (3), a cui si associa il Marcè (4), propone una classifica che riproduce in sostanza le fondamentali distinzioni di Esquirol, e che consiste nel distinguere: 1.° le vesanie (mania, melanconia, monomania e stupore); 2.° le follie associate (mania con melanconia, monomania con demenza, ecc.); 3.° le vesanie associate a lesioni moto-

(1) *Griesinger* — Traité des maladies mentales, Trad. francese, Parigi 1864.

(2) *Guislain* — Traité sur l'alienation mentale, Amsterdam, 1826.

(3) *Baillarger* — Recherches sur les maladies mentales. Paris, 1890.

(4) *Marcè* — Traité des maladies mentales. Paris, 1862.

rie (follía epilettica, isterica, coreica, ecc.); 4.° gli stati congeniti (idiozia, imbecillismo).

Nel Congresso della Società di medicina mentale del Belgio del 1889, il Dr Jules Morel (1) propose una classificazione, secondo cui tutte le forme di psicopatie si riassumerebbero in 11 gruppi, cioè

1.° Mania, compreso il delirio acuto
2.° Melanconia, compreso lo stupore
3.° Follia periodica
4.° Follia sistematizzata progressiva
5.° Demenza consecutiva a malattie mentali
6.° Demenza consecutiva a malattia locale del cervello (tumori, focolai di rammollimento, ecc., compresa la demenza senile)
7.° Follia paralitica
8.° Follie neurosiche (isteria, epilessia, neurastenia, ipocondria)
9.° Follie tossiche
10.° Follia morale ed impulsiva
11.° Idiozia ed imbecillismo.

Il Dagonet (2), invece, ne fa 7 gruppi. Nel 1.°, delle forme vesaniche, comprende la mania (acuta, subacuta, cronica, delirio acuto, stati maniaci degli epilettici, degl'imbecilli, della follia puerperale, ecc.), la lipemania colle sue diverse forme (agitata o stuporosa, con delirio o senza, ecc. compresa l'ipocondriasi), lo stupore, i delirii sistematizzati cronici, le follie periodiche: nel secondo gruppo, delle degenerazioni mentali, comprende la debolezza mentale, la debolezza morale e le psicosi degenerative, come la follia del dubbio o del

(1) *Jules Morel* — Rapport au Congrès international de médecine mentale. Paris, 1889.
(2) *Dagonet* — Traité des maladies mentales, Paris, 1854.

contatto, l'agorafobia, ecc.; nel terzo le follie morali e impulsive, tra cui le forme di follia omicida, suicida, dipsomania, cleptomania, ecc.; nel quarto le forme secondarie o a nevrosi (epilessia, isteria) o a infezioni (puerperale, sifilitica) o a intossicazione (pellagra, saturnismo, alcoolismo, morfinismo, ecc.). Il quinto gruppo è quello della paralisi generale, il sesto delle demenze (primitive, secondarie e senili), il settimo degli stati congeniti (idiozia, imbecillismo, cretinismo).

Il concetto del Morel, di fare un gruppo distinto delle follie ereditarie o degenerative riappare nelle classifiche dello Schüle e del Krafft-Ebing. Lo Schüle (1), infatti, distingue fondamentalmente le psicopatie che si sviluppano in un cervello normalmente sviluppato da quelle che insorgono in un cervello predisposto per degenerazione ereditaria, e fonda su ciò la seguente classificazione:

I. Psicosi sul fondamento di un completo sviluppo organico-psichico:

1. Psicosi del cervello robusto (Psiconeurosi)
   a) Malinconia
   b) Mania
2. Psicosi del cervello invalido (Cerebropsicosi)
   a) Mania grave
   b) Paranoia semplice (cronica ed acuta)
   c) Demenza primaria acuta
   d) Pazzia isterica, epilettica ed ipocondriaca
   e) Psicosi periodiche, circolari ed alternanti
   f) Psicosi infettive e tossiche
3. Stati di pernicioso esaurimento cerebrale
   a) Delirio acuto
   b) Paralisi progressiva

(1) Schüle — Psichiatria clinica. Traduzione italiana del Dott. Anpriani, Napoli, 1890.

4. Cerebropatie psichiche (paralisi progressive modificate)

II. Psicosi sul fondamento di una disposizione organico-psichica difettiva

a) Neurosi ereditaria
b) Pazzia con idee fisse e querulomania
c) Paranoia originaria
d) Pazzia morale
e) Idiotismo.

Il Krafft-Ebing (1) mantiene la distinzione fondamentale di psiconeurosi e psicosi degenerative; fa, però, un gruppo a parte delle malattie cerebrali con disturbi psichici concomitanti, e tutte queste insieme, poi, distingue dagli arresti di sviluppo; sicchè ne risulta la classifica seguente:

A) Malattie psichiche del cervello sviluppato

I. Psiconeurosi

1. Stati primarii guaribili
   a) Melanconia
   b) Mania
   c) Demenza acuta
   d) Frenosi sensoria
2. Stati secondarii inguaribili
   a) Paranoia secondaria
   b) Demenza consecutiva

II. Degenerazioni psichiche

a) Pazzia ragionante
b) Pazzia morale
c) Paranoia originaria

(1) *Krafft-Ebing* — Trattato clinico pratico delle malattie mentali — Trad. italiana, Torino, Bocca, 1885.

d) Pazzia da idee fisse
e) Pazzia da neurosi costituzionale
1) epilettica
2) isterica
3) ipocondriaca

III. Malattie cerebrali con disturbi psichici predominanti

a) Demenza paralitica
b) Sifilide cerebrale
c) Alcoolismo cronico
d) Demenza senile
e) Delirio acuto

B) Arresti nello sviluppo psichico
Idiozia e cretinismo

Il Kraepelin (1) si attiene più al criterio sintomatico, e quindi distingue 7 gruppi, così:

I. Stati di depressione

A) Melanconia semplice
B) Melanconia con idee deliranti

II. Stati di offuscamento psichico

A) Stati di sonno patologico
Ipnotismo
Sonnambulismo
Dormiveglia
B) Forme epilettiche ed isteriche di oscuramento psichico
C) Stupore ed estasi
D) Demenza acuta

---

(1) *Kraepelin* — Compendio di Psichiatria. Traduzione italiana, Napoli, 1885.

III. Stati di eccitamento

A) Malinconia attiva
B) Mania
C) Stati di delirio esaltato
1) Delirio febbrile
2) Delirio alcoolico

IV. Psicosi periodiche

A) Mania periodica
B) Melanconia periodica
C) Follia circolare

V. Paranoia originaria
VI. Demenza paralitica
VII. Stati di debolezza psichica

A) Anomalie di sviluppo
Idiozia
Cretinismo
Imbecillità
Inversione sessuale
B) Pazzia morale
C) Stati neurastenici
D) Demenza senile
E) Stati di debolezza secondaria
1) Paranoia secondaria
2) Demenza consecutiva.

Il Meynert (1) distingue: la melanconia, l'amenza o confusione mentale, la mania, la paranoia, la paralisi generale progressiva, la demenza congenita, cioè l'idiotismo o l'imbecillità.

Alla classifica dello Schüle si avvicina la seguente del Morselli (2):

---

(1) *Meynert* — Lezioni cliniche sulle malattie mentali. Trad. ital. di Pieraccini, Milano, Vallardi.
(2) *Morselli* — Semiotica delle malattie mentali, Vol. I, Prima edizione.

1.° Gruppo. Frenastenie o arresti di sviluppo
1) Idiotismo
2) Cretinismo
3) Imbecillitá e sue gradazioni
2.° Gruppo. Parafrenie (anomalie dell'evoluzione cerebrale)
1.° Sottogruppo. Degenerazioni psichiche
1. Psicosi criminale
2. Follia o temperamento mattoide
3. Pazzia ragionante
4. Inversione dell'istinto sessuale
5. Paranoia originaria degenerativa
2.° Sottogruppo. Psicopatie costituzionali
Sezione I. Su costituzione neuropatica semplice
1. Paranoia rudimentaria (idee fisse)
2. Pazzîa periodica
Sezione II. Su costituzione neuropatica grave
I. Pazzia epilettica
2. Pazzia isterica
3. Pazzia ipocondriaca
4. Pazzia coreica
5. Pazzia neurastenica

3.° Sottogruppo. Psicopatie critiche
1. Ebefrenia
2. Pazzia climaterica
3. Demenza senile
3.° Gruppo. Frenopatie (affezioni del cervello completamente sviluppato)
1.° Sottogruppo. Psiconevrosi
Sezione I. Forme tipiche primitive.
Sottosezione I. Con alterazione fondamentale del sentimento.
1 Mania semplice
2 Melanconia semplice

3 Mania grave
4 Melanconia grave.

Sottosezione II. Senza alterazione fondamentale del sentimento.

5. Frenosi sensoria acuta
6 Stupidità o demenza acuta
7 Catatonia

Sezione II. Forme tipiche secondarie

Sottosezione I. Con delirio allegorico.

1 Pazzia sistematizzata secondaria o paranoia secondaria.

Sottosezione II· Senza delirio allegorico

2. Demenza consecutiva.

2.° Sottogruppo. Cerebropsicopatie o encefalopatie con psicosi.

Sezione I. Cerebropsicopatie croniche.

Sottosezione I. Forme tipiche da lesioni primitive dei centri corticali.

1 Paralisi generale progressiva

Sottosezione II. Forme atipiche da lesione secondaria dei centri corticali.

2 Demenza emiplegica
3 Demenza tabetica
4 Demenza da sclerosi a placche
5 Demenza da meningite cronica
6 Demenza da tumori cerebrali
7 Demenza senile grave.

Sezione II. Cerebropsicopatie acute.

1 Delirio acuto.

Sezione III. Cerebropsicopatie specifiche.

1 Frenosi sifilitica.

3.° Sottogruppo. Encefalopatie tossiche.

Sezione I. Per abuso di alimenti nervosi.

1 Pazzia alcoolica
2. Nicotismo cronico

3 Oppiofagismo·

Sezione II. Per alimenti alterati.

1 Pazzia pellagrosa

2 Ergotismo

3 Latirismo.

Sezione III. Per abuso od azione eccessiva di dati rimedii.

1 Pazzia morfinica

2 Pazzia cloroformica

3 Pazzia eterica

4 Pazzia iodoformica

5 Pazzia cloralica

6 Pazzia bromica.

Sezione IV. Per influenza di date industrie.

1 Pazzia saturnina

2 Pazzia carbonica.

Scostandosi alquanto dal Morselli e mettendosi fra la sua classifica e quella dello Schüle, l'Agostini (1) riunisce le malattie mentali in 3 gruppi, il primo, di quelle della personalità normalmente sviluppata, il secondo degli arresti o deviazioni delle facoltà psichiche nei degenerati, il terzo delle psicosi legate a condizione neuropatica costituzionale. Nel primo gruppo distingue:

a) malattie da perturbamenti funzionali specie del ricambio materiale: mania, melanconia, amenza confusionale o stupida

b) malattie da infezione acuta: delirio acuto

c) da intossicazioni subacute o croniche per agenti autotossici od eterotossici: frenosi paralitica, pellagrosa, mixedematosa, sifilitica, alcoolica

---

(1) *Agostini* — Manuale di Psichiatria — Milano, Ed. Vallardi.

d) da processi cerebrali regressivi o degenerativi: demenza senile e consecutiva

e) da malattie comuni cerebrali diffuse o localizzate: demenza emiplegica, da sclerosi diffusa, da compressione cerebrale, ecc.

Nel secondo gruppo distingue:

a) forme precoci: idiotismo, imbecillismo, cretinismo endemico, paranoia originaria e rudimentale, follia ragionante, follia morale, episodii paranoidi.

b) forme tardive: paranoia tardiva, follia periodica, follia catatonica.

Nel terzo gruppo, infine, riunisce la follia epilettica, isterica, ipocondriaca e la nevrastenica.

Il Finzi (1) raggruppa tutte le forme psicopatiche conosciute nei seguenti quadri clinici:

1 Delirii tossici e da collasso
2 Esaurimento nervoso cronico
3 Amenza
4 Intossicazioni croniche
5 Psicosi da lesioni encefaliche
6 Demenza senile
7 Demenza paralitica
8 Demenza precoce
9 Paranoia
10 Frenosi maniaco-depressiva
11 Isterismo
12 Epilessia
13 Stati psicopatici
14 Frenastenie.

Un tentativo geniale e quasi unico di sintesi psichiatrica o psichiatria sintetica è quello del Venturi (2),

(1) *Finzi* — Manuale di Psichiatria — Hoepli, 1898.
(2) *Venturi* — Le degenerazioni psico-sessuali, Torino, Bocca, 1892

il quale ha considerato tutte le anomalie della psiche dal punto di vista delle anomalie evolutive od involutive dell'istinto sessuale, e le divide quindi in tre gruppi. Nel primo, che è quello delle *immaturità dello spirito* o *alienazioni evolutive*, riunisce l'idiozia e l'imbecillismo; come *alienazioni involutive* considera tutte le vere forme psicopatiche, acute, croniche, senili, paralitica, ecc.; ed infine come *mostruosità dello spirito* descrive l'epilessia, l'isterismo, la delinquenza, il genio.

Il Del Greco (1), come dicevo, tende ad unificare gli accessi psicopatici acuti in una sola sindrome, che sarebbe quella della confusione mentale, e che darebbe luogo a forme sintomatiche diverse a seconda dei varii temperamenti su cui s'impianta. Queste forme riunisce in 5 gruppi, come segue:

1.° Su temperamento leggermente predisposto, in seguito a strapazzo cerebrale: confusione mentale semplice

2.° Su temperamento leggermente predisposto, in seguito ad intossicazione per fattori esogeni e strapazzo: confusione mentale complicata

3.° Su temperamento psicopatico indefinito, per strapazzo cerebrale:

Confusione mentale ciclica
» » stupida
» » catalettica
» » periodica

4.° Su temperamento psicopatico definito, per strapazzo cerebrale:

(1) *Del Greco*—Lav. cit. sulla confusione mentale e « Temperamento e carattere nelle indagini psichiatriche e di antropologia criminale. » (Manicomio moderno, 1898).

Confusione mentale allucinatoria
» » malinconica
» » maniaca
» » epilettoide
» » paranoide
» » isteroide

5.° Su temperamento psicopatico definito fino al grado di una psicosi o d'uno stato degenerativo, con strapazzo cerebrale episodico:

Confusione mentale nella mania
» » nella lipemania
» » nella epilessia
» » nella paranoia
» » nella isteria
» » nella paralisi progressiva.

Considera, poi, le principali malattie mentali come esagerazioni di normali temperamenti, sicchè l'insorgere di ognuna di esse non sarebbe che appunto il marcarsi, sotto l'influenza dell'accesso psicopatico, delle linee medesime, già preesistenti nell'individuo; e precisamente nella mania del temperamento sanguigno, nella lipemania del malinconico, nella stupiditá del temperamento linfatico; il temperamento epilettico, poi, sarebbe una degenerazione di quello bilioso, e « la paranoia e l'epilessia, assommate, includerebbero anomalie costituzionali caratteristiche del sesso maschile, come l'isterismo dell'altro ».

Riporto, in ultimo, la classifica del Verga, che come ho detto, è quella che vige ancora da noi nei rapporti ufficiali.

Pazzie congenite:
Idiotismo
Imbecillismo
Cretinismo

Pazzie acquisite:
Pazzia morale
Pazzia ciclica.
a) Frenosi semplici:
Mania { con furore / semplice
Monomania { intellettiva / impulsiva
Melanconia { semplice / con stupore
Demenza { primitiva / consecutiva
b) Frenosi complicate:
Frenosi sensoriale
» ipocondriaca
» isterica
» puerperale
» epilettica
» alcoolica
» pellagrosa
» paralitica
» senile
» sifilitica.

III.

Da questa enumerazione di alcune soltanto delle principali fra le classifiche proposte, appare la verità di quel che innanzi dicevo, essere, cioè, varii e molteplici non soltanto i criterii che han guidato gli autori a ravvicinare e raggruppare le svariate forme psicopatiche, ma altresì quelli da cui son partiti nel definirle e determinarle. È doppio, dunque, il lavoro da farsi: quello, cioè, di classificazione e quello di nomenclatura e di fissazione degli oscillanti quadri sintomatici.

Per ben procedere in una classificazione, occorrono essenzialmente due cose: la prima é l'esatta definizione della materia da classficare, la seconda che sieno stabiliti alcuni caratteri comuni alle singole individualità, procedendo, poi, in modo che dai caratteri generali si scenda ad altri pertinenti ad un numero sempre minore di individui, sino a quelli spettanti quasi esclusivamente ad ognuno di essi; ed é così che da un genere piú largo e comprensivo si passa ad altri più ristretti e poi alle specie, alle sottospecie, ai gruppi, agli individui. Non v'è alcuna ragione per la quale si debba astrarre da queste regole nel caso speciale della classifica delle psicopatie; e, quindi, bisogna, prima di tutto, definir bene cosa si intenda per psicopatia e poi stabilire i caratteri comuni a tutte per ricercar, dopo, quelli speciali a porzione di esse; e poichè i caratteri delle malattie riguardano essenzialmente la loro etiologia, la patogenesi ed anatomia patologica, ed il quadro sintomatologico, é in questi tre lati complessivamente considerati, e non in qualcuno di essi preso isolatamente, che è d' uopo ricercare i caratteri che l'una all' altra valgono a ravvicinarle. Le sopra ricordate classifiche, quindi, mi pare che tutte, più o meno, risentano il difetto di prendere uno solo dei suddetti caratteri come base dei raggruppamenti, e per lo più il sintomatologico, o di essere unilaterali in un altro senso, come quella p. es. del Venturi, il quale, mentre colpisce un fatto, che a me pare giustissimo, non solo, ma di valore più che essenziale, la distinzione, cioè, delle malattie dalle teratologie psichiche, ha, peró, secondo il mio modesto modo di vedere, il torto di volerle tutte ricondurre alle esplicazioni, fisiologiche e morbose, della funzionalità sessuale, che, se è una parte importantissima della vitalità psico-fisica, non ne riassume certo tutte le manifestazioni. L'importanza, invece, messa in luce dal Del

Greco, del precedente temperamento e carattere (intendendo il primo come la sintesi degli elementi psico-organici ed il secondo come la sintesi di elementi psico-sociali dell'individualità) nella determinazione delle forme che assume l'accesso psicopatico, parmi giustamente da lui essere stata giudicata notevolissima; non solo, ma parmi, eziandio, che, anche più di quel che egli stesso non vi abbia insistito, si debba insistere sul fatto che molte così dette psicopatie non sono che esplicazioni e manifestazioni alquanto esagerate di speciali ed anormali temperamenti e caratteri. Il che vuol dire che bisogna distinguere due categorie di casi: cioè, alcuni in cui il temperamento non fa che dare uno speciale colorito alla forma psicopatica, altri in cui quest' ultima non è che la diretta esplicazione del temperamento medesimo; il primo fatto accade nelle psicosi acute, il secondo in molte psicosi croniche.

Se davvero, quindi, possa l'accesso psicopatico considerarsi come unico, e se precisamente consista in una confusione mentale, che assume forma maniaca o lipemaniaca o allucinatoria a seconda dell'individuo in cui insorge, non é qui il caso di discutere; per ora, rilevo soltanto che dai succennati concetti sorge una prima fondamentale distinzione fra le malattie mentali ed i temperamenti anormali, cioè le anomalie congenite e costituzionali della psiche. È questa una distinzione che, su per giù, si trova in tutti i manuali e a cui accennano quasi tutte o almeno molte delle classifiche sopra ricordate, ma vi accennano in modo imperfetto e meno marcatamente di quel che la cosa meriterebbe. Si parla, infatti, di psiconeurosi, di psicosi degenerative, di arresti di sviluppo; si parla di malattie del cervello completamente sviluppato e di altre del cervello incompletamente sviluppato; ma, in fondo, questi concetti non sono ben netti e determinati, e sotto il nome di psico-

patie o di malattie mentali in genere mi pare che si comprendano cose molto tra loro lontane e diverse, non solo, ma alcune delle quali non possono e non debbono, a rigor di termini, riunirsi sotto tale denominazione.

Lungo sarebbe ripetere qui le varie definizioni che si sono date della malattia, e ricorderò soltanto quella del Bouchard (1), secondo cui essa è « l'insieme degli atti funzionali e secondariamente delle lesioni anatomiche che hanno luogo nell'economia, mentre questa subisce le cause morbifiche e contro di esse reagisce ». Dal che si rileva come alla denominazione di malattia vada connessa l'idea di *processo morboso*, vale a dire di qualche cosa che si evolve, che percorre delle fasi, che si inizia in un organismo o in un organo precedentemente sano, raggiunge un certo acme di fenomeni morbosi, ossia di disturbi nella funzionalità di quei dati organi od apparecchi, e poi mano mano declina o verso la reintegrazione morfologica e funzionale degli organi medesimi o verso lo stabilirsi in essi di lesioni che permangono anche dopo cessata la causa morbigena, oppure conduce ad un tale aggravamento di quei disturbi da ledere seriamente il meccanismo vitale e causare quindi la morte dell'organismo o di un organo. Questo doppio carattere della malattia, di essere, cioè qualche cosa di *acquisito* e qualche cosa che si *evolve*, vale a dire un *processo* morboso, la distinguono, da un lato, da alcune alterazioni congenite sia nella conformazione anato-

(1) *Bouchard* — Introduction aux Elèments de Therapeutique de Nothnagel et Rossbach, pag. XX, Parigi 1880.

mica sia nel modo di funzionare di dati organi od apparecchi, o, in generale, nella composizione chimica dei succhi organici e nel modo di comportarsi del ricambio materiale, e, dall'altro, da condizioni che sono bensì acquisite, ma rappresentano qualche cosa che non si evolve più, un residuo di un processo morboso che ha già compiuto il suo ciclo, un *caput mortuum*, che può anche esser causa di disordini funzionali, ma che non merita più il nome di malattia, perchè è qualche cosa di fisso, di cristallizzato, d'invariabile. Si distinguono, perciò, dalle malattie le alterazioni teratologiche, che non sempre sono congenite, perché, come possono essere effetti di anomalie di sviluppo o di processi morbosi svoltisi nella vita intrauterina, possono altre volte essere l'espressione delle stesse anomalie o di analoghi processi nei primi periodi della vita estrauterina; alterazioni teratologiche alle quali devono riavvicinarsi le così dette diatesi, che non sono malattie, ma espressioni di temperamenti morbosi, vale a dire di anomalie costituzionali, specialmente nel modo di svolgersi dei processi nutritivi, su cui poi si impiantano stati morbosi svariati e molteplici. E si distinguono ancora dalle malattie le così dette *affezioni*, che sono, come dicevo, lesioni permanenti, effetti di processi morbosi pregressi. Riavvicino le diatesi alle alterazioni teratologiche perchè sono anch'esse delle anomalie congenite nella costituzione organica; però noto un fatto essenziale, ed è che questi stati diatesici si intrecciano e si fondono, dirò, colle malattie, perchè hanno due ordini di manifestazioni: il primo è rappresentato da fenomeni permanenti, cronici, che son semplici anomalie funzionali, il secondo costituito da fenomeni accessuali, acuti, che han tutti i caratteri ed il modo di evolversi delle malattie. Oltre a questo, poi, le diatesi sono il terreno favorevole allo svilupparsi di altre malattie, che ap-

parentemente sembrerebbe non dovessero aver con esse legame veruno.

Così p. es. non sono malattie, ma anomalie congenite e teratologiche l'apertura del forame di Botallo, la ristrettezza dell'aorta, il *situs inversus viscerum*. il gigantismo, il nanismo: son diatesi l'artitismo e la scrofola, che, però, continano con la malattia quando dan luogo all'accesso gottoso o di reumatismo articolare, all'adenite suppurata, all'eczema, mentre son semplici anomalie quando si manifestano soltanto coi segni di una costituzione linfatica, col rallentamento del ricambio materiale, coll'obesità; e d'altro canto, poi, rappresentano un terreno favorevole allo sviluppo p. es. della tubercolosi. Non sono, poi, malattie, ma affezioni le cicatrici consecutive ad una lesione di continuo o ad un processo flogistico, le stenosi di un canale o di un orifizio per pregressa infiammazione, i vizii cardiaci per precedente endocardite, le cisti cerebrali consecutive ad emorragie, e così via dicendo.

Il nome di malattia nello stretto senso, quindi, parmi debba essere limitato a quegli stati acquisiti che sopravvengono in un organo od organismo fin' allora sano, in seguito all'azione di una causa esterna. Si potrebbe obbiettare che la qualifica di acquisita non è completamente appropriata, essendo noto che, perchè una malattia si sviluppi, è sempre necessaria una predisposizione a contrarla, donde la famosa frase, che è molto difficile ammalare per un uomo che era perfettamente sano. L'esistenza, però, di una tale predisposizione non implica che la malattia non debba considerarsi come acquisita, perche la predisposizione non consiste se non in una certa labilità degli organi e dei tessuti, in un difetto di resistenza a quei dati agenti patogeni, che stabilisce una maggiore vulnerabilità di fronte ad essi, labilità la quale non puó tenersi in

conto di fatto morboso, perché non produce, per se stessa, alcun disturbo nella funzionalità organica, e può, anzi, date certe circostanze favorevoli, rimaner latente per tutta la vita senza che alcuno stato morboso vi si impianti. Ed occorre distinguere bene questa semplice debolezza di un organo o di tutto l'organismo dagli stati diatesici, che sono deviazioni dalla norma nel modo di comportarsi dei processi nutritivi e fisiologici. Un predisposto alla tubercolosi p. es. è ben differente da uno scrofoloso, e può avere una costituzione che è molto diversa da quella caratteristica di questi ultimi individui; lo scrofoloso é un organismo costituzionalmente anomalo, l'altro, invece, normale in tutto, è semplicemente deficiente di quei mezzi di cui ognuno dispone per combattere e distruggere i bacilli di Koch, che tutti alberghiamo, più o meno frequentemente ed in maggiore o minor numero, nel nostro organismo, sicché più facilmente di un altro può divenir vittima di quest' infezione. L' una e l' altra, la predisposizione, cioè, e la diatesi, possono trasmettersi e si trasmettono difatti ereditariamente. Chi, però, ha in eredità una diatesi è, perciò solo, un individuo anomalo nell'esplicarsi delle sue funzionalità organiche; chi, invece, riceve una semplice predisposizione è sano e può rimaner sano per tutto il decorso della sua vita, ove per favorevoli circostanze di ambiente esterno non si trovi soggetto alle cause occasionali ed efficienti di quella malattia cu era predisposto, ed in ogni modo non ha nulla d diverso dagli altri uomini, ad eccezione della maggiore facilità a contrarre la malattia medesima. Si potrebbe, é vero, dire che questa differenza, in fondo poi, non é che di grado, e che la suscettibilitá alle malattie o ad una data malattia riposa molto probabilmente in una differente costituzione chimica dei succhi organici, i n un diverso modo di comportarsi dei processi nutri-

tivi, differenze le quali, in un grado maggiore, sono il fondamento essenziale degli stati diatesici. Ma, prima di tutto, che si tratti di semplici gradazioni non si può affermare, dal momento che di questi processi chimici e delle loro alterazioni noi nulla sappiamo e che quel che diciamo non è che ipotetico, sicché ignoriamo se sono le stesse anomalie in un grado differente o modi diversi di alterarsi, in direzioni svariate, dei processi medesimi. E poi, tralasciando le discussioni sull'intima natura di questi stati, é certo che gli effetti pratici ne sono tanto lontani che la sopraccennata distinzione fra anomalia e debolezza, fra temperamento e costituzione morbosa e costituzione debole e perciò predisposta alle malattie in genere o ad alcune malattie in ispecie a seconda che la debolezza é generale o riflette peculiarmente singoli organi od apparecchi o funzioni, tale distinzione, dicevo, é perfettamente giustificata e trova il suo riscontro nella clinica, dove non vi è chi confonda uno scrofoloso o un artritico con un individuo gracile o debole di costituzione, un linfatico con uno semplicemente predisposto per eredità alla tubercolosi, e cosí via dicendo.

∴

Questi concetti e queste definizioni di patologia generale ho voluto ricordare, perchè trovano la loro applicazione in patologia mentale, dove anzi le suddette differenze e distinzioni sono più che altrove marcate e notevoli. È legge biologica generale, infatti, che tanto più son suscettibili di variazioni individuali gli organismi, gli organi e le funzioni quanto più sono evoluti nello sviluppo; ond'è che, allo stesso modo come, nella conformazione anatomica, si riscontrano più di frequente delle differenze fra i cervelli anziché fra i pulmoni

o i reni appartenenti a due individui diversi, del pari dal punto di vista fisiologico son maggiori le variazioni individuali nella funzionalità nervosa anzichè in quella p. es. del fegato o dello stomaco. Ed in generale é noto che gli uomini tutti son più somiglianti fra loro fisicamente di quel che lo sieno dal punto di vista dell'intelligenza e del carattere morale. Ora, da queste variazioni che non escono dai limiti del normale, é facile il passaggio ad altre che oltrepassano i limiti suddetti, e quindi meritano il nome di anomalie teratologiche, di stati diatesici psichici, di stati degenerativi, e che o sono, per sè stessi, fenomeni psicopatici o rappresentano il terreno favorevole allo sviluppo di vere psicopatie. E poichè la psiche è funzione di tutto l'organismo, queste anomalie psicologiche non sono mai disgiunte da anomalie somatiche più o meno gravi a seconda della gravità o meno delle prime; ond'è che nella scala dei degenerati, come si chiamano in generale questi individui deviati nello sviluppo psico-fisico, si va da quelli somiglianti addirittura ad alcune specie di primati, e che sono, si può dire, documenti viventi dell'esistenza di forme di transizione fra gli scimiadi e l'uomo (come ne ho visto uno splendido esempio in un idiota ricoverato nel Manicomio di Roma e che mi fu gentilmente mostrato dal Prof. Bonfigli), fino a quelle leggiere sfumature di degenerazione che confinano col normale al punto che i relativi indivivui sono riconosciuti per deviat dalla norma solo ad un minuto esame psico-morfologico. E, del pari, dalle forme più avanzate di idiozia ai gradi più leggieri di imbecillismo che si svelano solo nelle gravi contingenze della vita, dalle più intense anomalie nel carattere e nei sentimenti morali che rendono l'invidiuo incompatibile coll'ambiente sociale fino a quelle lievi deficienze che è uopo ricercare nelle recondite latebre dell'animo ed a quelle anomalie della volontà che

producono, dinanzi alle difficoltà della vita, l' accasciamento e il suicidio, dall'epilessia costituzionale nei suoi tipici accessi al carattere impulsivo solo dinanzi a stimoli straordinarii ed inopinati, e così via dicendo, non vi è che una non interrotta gradazione, attraverso la quale si arriva fino a quei gradi lievi di degenerazione che per sè stessi non meritano quasi neanche il nome di anomalie, ma su cui poi possono impiantarsi forme psicopatiche svariate e molteplici.

Occorre, dunque, qui più che altrove, distinguere le anomalie dalle malattie, distinzione su cui hanno insistito molto in Italia il Morselli ed ultimamente il Finzi, ma il primo non fonda poi su questo concetto la sua classificazione, ed il secondo afferra l' idea ma par che non la seguiti, non la sviluppi, non la esplichi, e costruisce una classifica che non si arriva a comprendere bene su quale criterio sia fondata.

Sono anomalie mentali, anomalie teratologiche della psiche quelle le quali insorgono contemporaneamente all' iniziarsi delle funzioni psichiche e si manifestano o dal principio addirittura della vita o in certi periodi di essa, nei quali, trovandosi l' individuo al cimento di certi stimoli sia di natura biologica sia di natura esterna e sociale, ha occasione e modo di esplicare il suo carattere, le sue attitudini, la sua speciale organizzazione intellettuale e morale. Sono esse connaturate ed insite alla individuale costituzione psico-fisica, accompagnano perciò l' individuo per tutta la sua esistenza con poche e lievi o mancanti addirittura variazioni e modificazioni nel loro decorso. Non riconoscono, quindi, cause esterne, bensì cause inerenti al modo di sviluppo dell'organismo e specialmente del sistema nervoso, ond'è che nella loro produzione hanno la massima importanza l'eredità psicopatica e degenerativa, le cattive influenze che agiscono sui genitori nel momen-

to del concepimento o sulla madre nel periodo della gestazione o del parto, e quelle che agiscono sul nuovo nato nei periodi dello sviluppo, come infezioni, processi meningitici ed encefalitici, rachitide cranica, e così via dicendo. Il substrato loro organico e materiale non consiste in processi degenerativi o altrimenti morbosi e sopraggiunti delle cellule nervose e sopratutto cerebrali, ma in anomalie congenite in tutto l'organismo, nella conformazione del cranio, del cervello, delle circonvoluzioni, e probabilmente ancora, se non sempre, in anomale disposizioni delle cellule cerebrali (1), in anomalie nel modo di comportarsi dei loro processi chimici e del loro ricambio materiale. Si accompagnano, sovente, ad altri disturbi nella funzionalità del rimanente del sistema nervoso, non hanno un decorso ciclico ed evolutivo, ma rimangono, come dicevo, pressochè invariate per tutta la vita dell'individuo.

È, dunque, il criterio essenziale di intima natura, quello anatomo-patologico, quello di decorso e sintomatologico che fanno distinguere questi stati dalle vere malattie mentali, che son processi morbosi che insorgono dietro l'azione di cause esterne, infettive, tossiche, autotossiche, esaurienti, e simili, riposano su alterazioni degenerative o altrimenti regressive delle cellule nervose e su corrispondenti alterazioni del loro chimismo, segnano nel loro evolversi un distacco più o meno notevole, ma in ogni modo netto e marcato, dal precedente comportarsi delle funzioni psichiche dell'infermo, decorrono in maniera ciclica tendendo o verso un

(1) V. *Roncoroni* — La fine morfologia del cervello degli epilettici e dei delinquenti. (Archivio di Psichiatria, Vol. XVII. Fasc. I e II) e *Angiolella*— La corteccia cerebrale di un delinquente paranoico. (Il Manicomio moderno, Anno XIII, Fasc. I e II).

esito finale e comune, che è quello stato che dicesi demenza, o, talvolta ancora, quando si accompagnano a processi più gravi del sistema nervoso e che non interessano soltanto le regioni psichiche della corteccia cerebrale, perfino verso la morte dell'individuo. In generale può dirsi essere condizione indispensabile al loro sviluppo che alle sopraccennate cause esterne occasionali si accoppino altre di natura endogena, che consistono nella così detta predisposizione individuale, dalla quale deriva che le stesse cause, agendo su molti individui, in alcuni soltanto dieno origine a psicopatie. Ed è perciò appunto che non mi pare esatto distinguere le psicosi del cervello valido da quelle del cervello invalido, non potendosi, a parer mio, in alcun caso parlare di validità cerebrale in chi é incolto da uno stato psicopatico. Questa predisposizione, però, non credo debba sempre consistere nella così detta degenerazione, e parmi invece che vi sieno malattie proprie dei degenerati, di quegli individui, cioè, in cui vi è uno sviluppo deviato dell' organismo e della psiche, ed altre proprie a quegli altri che son normali in tutto e lasciano notare soltanto una certa debolezza del sistema nervoso e consecutiva facilità di questo ad ammalarsi. Una tale distinzione fra questi due gruppi di predisposti alle psicopatie puó sembrare sottile e non da tutti forse sarà giudicata accettabile, ma a me pare esatta dal punto di vista teorico e rispondente, poi, a quel che risulta dalla pratica osservazione. Teoricamente, infatti, per degenerazione è giusto si intenda una deviazione dal modo comune ed ordinario di svilupparsi ed esplicarsi funzionalmente del sistema nervoso, sí da risultarne delle anomalie speciali nell' intelligenza e nel carattere morale, che in molti casi si considerano come ritorni atavici, vale a dire come parziali arresti di sviluppo che ricordano forme o fasi più o meno antiche nella

storia della specie stessa o anche di specie anteriori nella serie evolutiva. Se ciò possa dirsi di tutti i casi o di alcuni soltanto, mentrechè in altri questa deviazione di sviluppo potrebbe rappresentare il momento regressivo di una evoluzione in senso progressivo dell'organismo o dell'organo, momento del quale oggi si tende ad ammettere l'esistenza (1), non é qui il caso di discutere. Accennerò soltanto che quest'ultima teoria può in psicopatologia trovare la sua applicazione a proposito dei così detti degenerati superiori, intelletti geniali, uomini di genio insomma, che senza dubbio sono anomali e che forse sarebbero con minor ripugnanza riavvicinati ai comuni degenerati, se se ne facesse un gruppo a parte, considerandoli come forme speciali di deviazione di sviluppo che rappresentano conati della specie verso un grado più alto di evoluzione, che porta come necessaria conseguenza la regressione di alcuni lati dell'organismo psico-fisico. Checchè sia di ciò, però, é indubitato che tali varie ed in varie direzioni svolgentisi anomalie di sviluppo sono ben altra cosa di quella certa debolezza che si osserva nel sistema nervoso e nelle energie psichiche di alcuni individui, e che non è neanche la neurastenia, perchè non si esplica nella comune funzionalità della psiche, ma soltanto quando il sistema suddetto si trova dinanzi a stimoli e condizioni poco ordinarie ed usitate, e rimane vittima di influenze patogene solo perchè non ha la forza necessaria per resistervi e non ammalarsi. Praticamente, poi, si distinguono benissimo gli individui eccentrici, mattoidi, squilibrati, anomali insomma, con caratteristiche speciali o prevalentemente nell'intelligenza o nel

(1) Demor, Massart e Vandervelde. L'évolution régressive en biologie et en sociologie — Paris, Alcan, 1897.

lato affettivo o in quello volitivo, o ugualmente in tutte tre queste facoltà, da alcuni altri che sono in tutto normali, ma che facilmente p. es. hanno un delirio durante una malattia febbrile o altra somigliante condizione, perchè le loro cellule cerebrali facilmente risentono l'azione di certe tossine, o cadono in istati profondi e duraturi di depressione dietro patemi d'animo, e così via dicendo, e quindi agevolmente possono, in date circostanze, andar soggetti ad una di quelle forme psicopatiche che vanno d'ordinario sotto il nome di vesanie o psiconevrosi pure, o di quelle altre che son legate ad affezioni più gravi e profonde del cervello, come la paralisi progressiva. E l'osservazione clinica, infine, ci insegna che vi sono malattie proprie dei degenerati ed altre che si possono svolgere in individui che non son tali, che le stesse cause morbigene, quando agiscono su degenerati, dan luogo a più gravi forme psicopatiche di quando agiscono su individui soltanto deboli di sistema nervoso, che la stessa forma assume nei due casi caratteri diversi, sicchè p. es. è differente la mania dei degenerati, caratterizzata essenzialmente dalla completa lucidità e dal predominio di atti impulsivi, da quella franca colla loquacità, espansività, umor gaio ecc. che descrivono tutti gli autori. Nei degenerati è maggiore la tendenza alle concezioni deliranti, sicchè forma delirante assume la lipemania ed a delirio assurge qualunque anche lievo disturbo sensoriale; in loro, una volta impiantato uno stato psicopatico, facilmente recidiva o sotto la stessa forma o sotto forme alternative di eccitamento e di depressione, donde le follie periodiche e circolari che loro son proprie, e così via dicendo. Dal che appare la convenienza di suddividere il secondo gruppo, quello, cioè, delle vere malattie psichiche, in due sottogruppi: il primo comprendente le vere psicosi degenerative, o malattie che solo nei degene-

rati possono verificarsi, il secondo composto di quelle alla cui genesi non è condizione indispensabile l'esistenza di una vera degenerazione, ma basta la semplice predisposizione, consistente forse in una speciale e specifica labilità del sistema nervoso. È da notarsi, però, che vi sono alcune malattie comuni a questi due gruppi d'individui, ma che presentano tali notevoli differenze nella forma clinica nel primo e nel secondo caso da autorizzarci a scinderle ognuna in due entità nosografiche, che si possono riunire l'una nel primo, l'altra nell'altro dei suddetti sottogruppi; mentre altre presentano delle differenze consistenti in tali sfumature da non autorizzare la medesima scissione, ed allora queste malattie è necessità classificarle nel sottogruppo secondo. Bisogna, quindi, intendere riunite in quest'ultimo non già le malattie proprie dei non degenerati, ma soltanto quelle che nei degenerati e nei semplici *invalidi* di sistema nervoso possono verificarsi.

Dalle anomalie e dalle malattie, infine, dicevo esser necessità distinguere le *affezioni* psichiche, quelle condizioni, cioè, che non insorgono primitivamente collo sviluppo della psiche, nè primitivamente dietro l'influenza di cause morbigene, ma rappresentano gli esiti di precedenti malattie mentali, e probabilmente dipendono dal fatto che i processi degenerativi che si svolgono nelle cellule cerebrali conducono a necrosi o necrobiosi di queste ultime, e quindi ad una maggiore o minore diminuzione numerica delle cellule funzionanti, dal che risulta una corrispondente depressione delle energie psichiche in massa e di alcune in ispecie. Questi stati, per conseguenza, non sono più suscettibili di guarigione, ma progrediscono per lo più sempre, forse perchè la presenza di elementi necrosati disturba la funzionalità e la nutrizione degli altri, e quindi fa aumentare sempre il numero di quelli messi fuori combatti-

mento; ed é, perciò, logico che si distinguano sì dalle anomalie congenite come dalle vere malattie, da cui differiscono per l'eziologia, per l'anatomia patologica, per la sintomatologia, e costituiscano il terzo gruppo della classifica che mi faccio ardito proporre.

È tempo, quindi, di vedere come debbano nei suddetti gruppi distribuirsi ed ordinarsi le varie forme psicopatiche.

IV

Le *anomalie psichiche, mostruosità dello spirito teratologie della psiche*, é chiaro che possono verificarsi o per arresto nello sviluppo degli organi e delle funzioni cerebrali o per deviazioni varie nello sviluppo suddetto. Oltrechè, però, distinguere gli arresti di sviluppo di tutta la psiche da quelli parziali di essa, differenziando, cioè, l'idiozia totale ed i varii gradi di imbecillismo dalle idiozie parziali, su cui ha richiamato l'attenzione il Guicciardi (1), parmi giusto ancora che un altro gruppo se ne distingua, composto, cioè, di quei casi in cui l'arresto di sviluppo sopratutto del sistema nervoso è evidentemente connesso con mancanza o con malattia di un organo il quale pare assodato avere importanza massima per la nutrizione del sistema suddetto, voglio dire la tiroide, di cui l'assenza o l'atrofia dà luogo all'idiozia mixedematosa, mentre l'alterazione patologica, sotto l'influenza probabilmente di uno speciale agente miasmatico, dà luogo al cretinismo.

Le anomalie, poi, per deviato sviluppo possono interessare a preferenza l'una o l'altra delle tre più essenziali facoltà dello spirito, l'intelligenza, cioè, la vo-

(1) *Guicciardi* — Gli idioti — (Rivista sperimentale di Freniatria 1891).

lontà ed il sentimento. Dico ed insisto sulla frase a preferenza perchè queste tre facoltà non sono staccate l'una dall'altra, sono tre modalità nella esplicazione d'una stessa energia, e perchè l'anomalia, essendo costituzionale, non può non interessare la psiche intera anzi l'intero organismo. La genialità istessa, infatti, che, come sopra accennavo, può considerarsi come tipo del primo dei suddetti gruppi di irregolarità di sviluppo, non va scompagnata da anomalie della volontà e della affettività, molte delle quali è facile riscontrare negli uomini di genio; nondimeno non è chi non veda come predomini in essi il lato intellettuale non solo, ma come nella stessa intelligenza sienvi delle facoltà ipertrofiche a danno delle altre, il che, però, se sotto certi punti di vista nuoce all'individuo ed al suo organismo che spesso è difatti gracile e sofferente, sotto certi altri lati gli giova perchè lo rende capace di sprigionare tale somma di energia psichica quale migliaia di cervelli umani presi insieme sono talvolta incapaci di produrre e tale da lasciare indelebili le tracce per lungo volger di anni nella storia dell'umanità.

Sono anomali, poi, a preferenza nelle facoltà volitive quegli individui a carattere impulsivo, di cui, come ebbi a rilevare in altra occasione (1), hanvi due sottospecie, gl'impulsivi, cioé, per debolezza di volontà, vale a dire per debolezza nei superiori centri inibitori cerebrali, in modo che pigliano il sopravvento i centri subcorticali e dan luogo a scariche riflesse di energia motrice dietro lievi e sproporzionati stimoli esterni, e gl'impulsivi per eccesso di volontà, cioè per una maggiore attività conativa, la quale, quindi, più facilmente e con intensità

(1) L'impulsività nel carattere e nelle psicopatie (Il Manicomio moderno, 1898).

maggiore si scarica, sí da aversi un' azione uguale a 10 in quelle stesse condizioni in cui un altro ne darebbe una uguale ad 1. Poichè, però, in questa seconda specie di impulsivi l' anomalia della volontà va congiunta ad altra più grave dei sentimenti morali, ne segue che questi individui debbono piuttosto classificarsi fra i folli morali, considerando, quindi, come impulsivi nello stretto senso soltanto i primi.

Discendono da queste due categorie di caratteri psicopatici, i delinquenti d' impeto o passionali ed i suicidi. Dei quattro gruppi principali di delinquenti che distingue l' antropologia criminale, ho dimostrato altra volta (1) come due possano considerarsi a preferenza di natura sociale, prodotti, cioè, prevalentemente dall' influenza di sfavorevoli condizioni esterne su caratteri deboli e facilmente plasmabili, mentre negli altri due prevale il fattore interno, individuale o biologico. Senonchè delle due condizioni, di cui questo elemento endogeno o individuale essenzialmente risulta, il pervertimento, cioè, dei sentimenti morali e la tendenza alle pronte reazioni di fatto, può in alcuni casi prevalere l' uno, in altri l' altro; donde la suddivisione del gruppo dei delinquenti biologici nelle due categorie, di delinquenti nati e di delinquenti d' impeto. Se i primi delinquono per congenita inadattabilità alle leggi che regolano la vita sociale, per assenza di sentimenti altruistici e simpatici cogli altri uomini, che invece essi godono a veder soffrire, i secondi, al contrario, sono individui spesso, anzi, ad affettività vivace ed intensa, specie per alcuni gruppi o categorie sentimentali, ma che dinanzi a certi stimoli che escono fuori dell' ordinario,

(1) V. Capitolo XVII del mio Manuale d' antropologia criminale, Milano, Ed. Vallardi.

non sanno, per deficienza di poteri inibitori, frenarsi, entrano in uno stato quasi di obnubilamento psichico ed hanno delle scariche nervose che si risolvono in reazioni abnormi ed esagerate che possono arrivare ad essere criminose. E giusto, quindi, che sotto la denominazione di frenosi criminale, adottata dal Morselli, si riuniscano i casi in cui il fatto prevalente è l' anomalia morale, i casi, cioè, di follia morale o delinquenza congenita, staccandone e collocando fra le anomalie a preferenza volitive la delinquenza d'impeto o impulsiva che ha una genesi psicologica molto diversa e che sovente si verifica in individui che non hanno affatto note criminali, anzi ne hanno di quelle che il Lombroso chiama anticriminali.

Come anomali nella volontà uopo è si considerino ancora sia quelli che, per la stessa deficienza di poteri inibitori, sotto l' influenza di stati passionali varii, diventano delinquenti d' impeto contro se stessi, cioè suicidi, sia quegli altri che arrivano allo stesso risultato per un meccanismo psicologico alquanto differente, cioè per deficienza di quella energia di carattere tanto necessaria per combattere e vincere le lotte della vita, per resistere agli urti, agli *shoks* psichici cui sovente nelle varie contingenze dell' esistenza si va incontro, specie oggi col genere di vita affrettato, concitato e battagliero che tutti, più o meno, siam costretti a menare, energia che si riduce appunto alla forza conativa della psiche, alla volontà, la cui scarsezza fa si che l' individuo in quelle circostanze si accascia, si abbatte, e, come il guerriero affranto, cede le armi, abbandona il campo e tutta l' energia che gli rimane raccoglie nel dirigere l' arma da cui sola spera allo spirito stanco tranquillità e riposo.

Nella prima di queste due categorie di suicidi vi è la debolezza della volontà che si manifesta a scatti,

con scariche nervose istantanee, somiglianti ai fenomeni epilettici od epilettoidi; nella seconda, invece, tale flacchezza di energie psichiche è qualche cosa di continuo, che rende l' individuo costantemente inferiore al suo compito sociale, ed ha come effetto finale l' autoriconoscimento di tale inferiorità e la sua rinunzia a quella vita che per lui non è che un peso. Son, quindi, i primi suicidi impulsivi e passionali, i secondi suicidi lipemaniaci; gli uni e gli altri, però, deficienti nelle facoltà attive della psiche.

La massima importanza, poi, spetta a quelle anomalie che intaccano a preferenza il lato affettivo e sentimentale, il carattere, cioè, dell' individuo, perchè i sentimenti son quelli che ci spingono ad agire e determinano le speciali modalità e l' indole peculiare delle nostre azioni, ed il carattere riflette appunto il modo di concepire e sentire i rapporti nostri cogli altri uomini e coll' ambiente sociale. Come un primo grado di questa speciale degenerazione che va poi fino alla più grave imbecillità morale che avvicina l' uomo civile al selvaggio ed al bruto, é da considerarsi il carattere paranoico, da cui si passa alla così detta paranoia originaria. Questa, secondo me, non è una malattia, è un' anomalia costituzionale congenita della psiche. Basta, infatti, aver conosciuto uno di questi paranoici dalla tenera età per convincersi che l' orgoglio e la sospettosità sono qualità ingenite in loro, che si rendono manifeste ed assumono forma di delirio megalomaniaco e persecutorio in certe epoche della vita solo perchè è soltanto allora, cioé, quando l' organismo ha raggiunto un certo grado di sviluppo e di completamento psico-fisico e l' individuo si trova all' attrito di speciali condizioni sociali, che si mette in rilievo il suo peculiare carattere colle sue manchevolezze, i suoi difetti, le sue anomalie. È perciò che in molti di questi casi non ar-

riva a costituirsi un vero e netto sistema di idee deliranti, ma vi è in tutto il modo di comportarsi dell'individuo nella vita qualche cosa di irregolare, di eccentrico, di anomalo, che è essenzialmente in dipendenza dell'erroneo apprezzamento di se, dei suoi diritti, dei suoi doveri, dei suoi rapporti col tutto sociale di cui ogni uomo é un componente. Ed anche quando si organizza un delirio sistematizzato, esso non è qualche cosa di staccato dal modo ordinario di pensare e di sentire dell'individuo; fa, invece, continuazione col suo pensiero precedente, ed è talmente connesso alla sua natura, che qualcuno di loro dice chiaramente essere quel che chiamano delirio *qualche cosa di profondamente insito in lui.* È perciò che la paranoia originaria tipica ha un decorso eminentemente cronico, cioè *non ha decorso* nel senso di un ciclo evolutivo più o meno caratteristico, é sempre invariata per anni o diecine d'anni, per la vita intera dell'individuo, e non passa mai a demenza perché non é una malattia fondata su processi degenerativi che possono condurre a necrosi delle cellule corticali, e, se ha un fondamento anatomico, questo deve consistere nella costituzione congenitamente anormale dell'organo cerebrale. E un anomalia, dunque, ed un'anomalia principalmente ed essenzialmente dol carattere morale, consistente in un eccessivo orgoglio e consecutiva sospettosità e diffidenza che han base in quell'esagerazione del senso della propria personalità che va sotto il nome di egocentrismo, accoppiata, come ha dimostrato il Del Greco (1), alla tendenza reattiva, al perenne atteggiamento difensivo, le quali cose tutte poi si traducono in un predominio dei

(1) *Del Greco* — Delirii e forme paranoiche in rapporto ad altri delirii e condizioni patogenetiche. (Manicomio moderno, Anno XII).

sentimenti egoistici che mena alla visione esagerata dei proprii diritti a scapito di quella dei proprii doveri. Di questo orgoglio, di quest' egocentrismo é conseguenza l'anomalia intellettuale, cioè il modo erroneo di pensare e di concepire, perchè è naturale che, considerando tutto il mondo esterno, gli avvenimenti che vi si svolgono, gl'individui che vi si agitano, sempre e solamente in rapporto al proprio io, si sia indotti ad errori di giudizio e di ragionamento che assumono aspetto e nome di delirii.

Portate ad un grado maggiore l' egocentrismo colla concezione esagerata dei proprii diritti e con una spiccata tendenza alle reazioni non solo in senso difensivo ma anche in senso attivo ed offensivo, ed avrete il querulomane in lotta continua colla societá, in cui vede da per tutto e da tutti conculcati i suoi diritti, il *persècutè persècuteur* che, pur atteggiandosi a vittima, aggredisce e reagisce.

Portate questi abnormi sentimenti ad un grado ancora più avanzato, supponete che sia maggiore l'egoismo, l'inadattabililà a limitare la propria espansione ed il soddisfacimento dei proprii desiderii ed impulsi più o meno istintivi fin là dove non ne viene ad altri nocumento, l'inadattabilitá, cioè, alla convivenza sociale; immaginate ad un gradino ancora più basso l'affettività e supponetela, anzi, pervertita al punto da aversi non solo indifferenza ma piacere agli altrui dolori; accoppiate tutto questo ad una più viva tendenza reattiva', sì da aversi non solo proteste e persecuzioni, ma reazioni materiali e vie di fatto, ed avrete la tipica figura del folle morale, del delinquente nato, così bene delineata dal Lombroso e dalla sua scuola. L'unica differenza essenziale fra questo e il paranoico é che il folle morale spesso è anche un imbecille morale, vale a dire è leso più o meno gravemente altresì nell' intelli-

genza, mentre il paranoico è per lo più uomo d' ingegno; ma questa non è una regola generale, perchè se può dirsi ciò del delinquente volgare, non può del pari affermarsi per quei delinquenti d'alta sfera, che, appunto perchè dotati d'intelligenza, si danno ad un genere di criminalità che meno urta contro i sentimenti dominanti nella maggioranza e quindi sfugge alla sanzione della legge e della pubblica opinione, ma riesce proprio perciò più nocivo alla società intera (1). E forse può dirsi che lo scegliere l'uno o l'altro genere di criminalità dipende appunto dal grado di intelligenza che si accoppia all' anomalia morale, nel senso che precipita nella delinquenza comune e volgare il folle morale che è contemporaneamente frenastenico, mentre che prediligono la criminalità alta e larvata i degenerati superiori, che vi portano e vi esplicano tutta l'altezza e talvolta perfino la genialità della loro intelligenza.

Come una categoria a parte di anomali nel sentimento son da considerarsi i pervertiti sessuali, appunto perchè in loro l'anomalia riguarda solo un gruppo di sentimenti, cioè quelli che han base nell'istinto sessuale e riflettono le modalità delle sue svariate e molteplici esplicazioni. Parlo, naturalmente, di quei pervertimenti sessuali congeniti, connessi alla costituzione individuale, la cui alterazione intima e profonda fa sì che sienvi tendenze femminili in un organismo maschile o viceversa, o che tendenze brutali e sanguinarie si sveglino insieme all'estro venereo o diventino condizione concomitante o addirittura essenziale al ridestarsi di quest'ultimo, o che tale istinto si dissocii nei suoi elementi costitutivi in guisa da acquistare valore di stimolo ciò

(1) Riscontra su ciò il mio articolo sugli *Equivalenti della criminalità* nell'Archivio di Psichiatria e Scienze penali, 1898.

che d'ordinario non ha che una parte molto accessoria nel complesso meccanismo che presiede al ravvicinamento dei due sessi, e cosí via dicendo.

Un ultimo gruppo, infine, di anomalie teratologiche della psiche è rappresentato da quegli stati che più da vicino rassomigliano alle diatesi della patologia comune, perchè son qualche cosa che sta di mezzo fra la teratologia e la malattia, che rappresentano il passaggio dall'una all'altra categoria di fenomeni, ed hanno, come la diatesi appunto, due ordini di manifestazioni, di cui il primo le ravvicina alle anomalie, il secondo agli stati morbosi. Alludo alle così dette neurosi costituzionali, tra cui annovero l'epilessia, l'isterismo, la neurastenia, l'ipocondriasi.

L'epilessia è essenzialmente una costituzione, un temperamento, caratterizzato da speciali stigmate morfologiche, da peculiari anomalie del carattere e da una tendenza agli squilibrii nella dinamogenesi nervosa, per cui si hanno accessualmente, sotto l'influenza di cause occasionali diverse, spesso rappresentate da sostanze autotossiche che arrivano al sistema nervoso, come ha dimostrato ultimamente l'Agostini (1), si hanno, dicevo, delle scariche disordinate ed incomposte or motrici, or sensoriali, or psichiche, or motrici e psichiche e sensoriali insieme che costituiscono le svariate forme degli accessi epilettici. Or, se questi fenomeni acuti han più l'aspetto di fatti morbosi, i fatti cronici, invece, le note, vale a dire, del carattere e del temperamento epilettico fanno di questi individui degli anomali nel più largo senso della parola, a cui, forse più che a qua-

(1) *Agostini* — Sul chimismo gastrico e sul ricambio materiale degli epilettici in rapporto al valore delle autointossicazioni nella genesi dell'accesso convulsivo (Rivista sperimentale di Freniatria, Vol. XXII).

lunque altro, conviene il nome di prodotti teratologici della natura, di mostruosità della specie, ed infatti il Tonnini (1) li chiama i prototipi della degenerazione umana, frase non ingiusta perché essi cumulano il numero maggiore di deviazioni morfologiche e le più gravi ancora nel lato psichico, perchè riuniscono anomalie di grado diverso così delle facoltá intellettuali come di quelle affettive e come infine di quelle volitive. Ed infatti le difettosità anzi i pervertimenti morali, uniti all'impulsività, ne fanno il gruppo di anomali che è più affine ai pazzi morali, con cui gli epilettici psichici specialmente vanno a confondersi, distinguendosene soltanto per sfumature spesso difficili ad afferrarsi.

Ciò, peró, deve dirsi specialmente pel sesso maschile mentreché la degenerazione del carattere femminile che stabilisce il passaggio alla pazzia morale è rappresentata dall'isterismo, s'intende da quello più grave e costituzionale, in cui, insieme alla eccessiva suggestibilità ed autosuggestibilità per cui la rappresentazione di uno stato morboso finisce per trasformarsi nello stato morboso medesimo, esistono gravi anomalie morali e volitive, che si riassumono essenzialmente nell'egoismo esagerato, nella vivezza ed intensità accoppiata a poca saldezza e stabilità di tutti i sentimenti e passioni, e a volontà anch'essa viva ma mutevole, donde la capricciosità e volubilità delle isteriche, che in un momento son capaci *di tutto* pur di soddisfare un loro desiderio, mentre il momento consecutivo lo han già dimenticato. E se a queste qualità si aggiungono l'irriflessività e la imprevidenza delle conseguenze dei proprii atti, si comprenderá come sieno appunto le isteriche quelle che dan-

(1) *Tonnini* — Le epilessie — Torino, Fratelli Bocca.

no un notevole contributo alla delinquenza femminile e a quell'equivalente sessuale della delinquenza che è la prostituzione. È su questo fondo, poi, di anomalia costituzionale congenita che si sviluppano gl'intercorrenti fenomeni morbosi dell' isterismo, effetti in gran parte dell'autosuggestibilità sopraricordata.

Ci avviciniamo sempre più al campo degli stati morbosi nello stretto senso quando dall' epilessia e dall'isterismo passiamo alla neurastenia ed all' ipocondriasi. Nondimeno siamo ancora fra le anomalie costituzionali, come lo dimostra il fatto che vi hanno nevrastenici che son tali per tutta la vita perché dotati d'un sistema nervoso debole e quindi facile a presentare fenomeni d' esaurimento o di eccitabilità (debolezza irritabile), dietro più o meno notevoli ed intensi stimoli esterni, fenomeni che riguardano ora a preferenza la sfera psichica, ora invece prevalentemente altre attività meno elevate, ma che pure in questi casi, però, interessano più o meno intensamente anche la prima. Fra i fenomeni psichici intercorrenti hanno il primo posto le idee fisse, le fobie, le idee coatte impulsive, alle quali, e sopratutto alle prime, a torto, secondo me, si è dato il nome di paranoie rudimentarie, perché la loro genesi psicologica è ben diversa da quella dalla paranoia e riposa o sull' automatismo o attività subcosciente cerebrale, che ha campo di svolgersi per la deficiente attività delle più elevate facoltà psichiche, o, quando han colorito emotivo, sullo stato di rimpicciolimento della personalità individuale per deficiente coscienza di sè e delle proprie forze, per cui l' infermo o teme di avventurarsi in una piazza o su d' una altura o dubita di aver fatto o saputo fare una cosa qualsiasi e così via dicendo. Possono, quindi avvicinarsi alla paranoia solo perché poggiano anch' esse su di un fondo di grave degenerazione, ed infatti come stati de-

generativi sono da molti autori considerate; ma poichè é indubitato che esse si impiantano sulla neurastenia e principalmente su quella costituzionale, più di raro invece su quella transitoria ed occasionale, ciò non fa che rafforzare l'opinione sopra enunciata che cioè debba la neurastenia annoverarsi fra le anomalie o teratologie del sistema nervoso.

Le moltelplici sofferenze nervose, poi, che si verificano in questi individui, unite alla eccessiva sensibilità, effetto della debolezza irritabile sopraccennata, finiscono spesso per creare in loro una speciale condizione subbiettiva, che consiste nella fissazione continua dell'attenzione sulle proprie funzioni organiche e sul modo come si esplicano; donde si origina la così detta ipocondriasi. Questa, quando si sviluppa in individui semplicemente neurastenici, dà luogo ad una forma in cui i fenomeni di neurastenia prevalgono nel quadro clinico, e va meglio detta neurastenia ipocondriaca, appunto perchè non si tratta se non di una varietà di questa malattia in cui dominano idee fisse della natura sopra ricordata. Quando, invece, si impianta in individui in cui al temperamento neurastenico si mescolano le note del carattere paranoico, allora le idee riferentisi al proprio stato fisico si organizzano a sistema delirante, obbiettivandosi spesso in influenze esterne le cagioni delle anomale sensazioni subbiettive, e si ha allora il così detto delirio ipocondriaco o paranoia ipocondriaca.

Questi quattro stati han di comune di potere talvolta essere acquisiti; presentano, però, in questi casi, differenze notevolissime da quelli in cui son congeniti. Negli epilettici acquisiti, infatti, per traumi al capo o in qualche nervo periferico o per malattie infettive o per fatto riflesso, hanvi, bensì, gli accessi, ma mancano tutte le note morfologiche e psichiche dell' epilettico costituzionale. Sonvi stati isterici acquisiti, e molto sovente

in dipendenza di condizioni utero-ovariche o di forzata soppressione della funzionalità di quest' apparecchio, come ho dimostrato in altro lavoro (1) e come ritenevano gli antichi, il cui solo torto era quello di generalizzare ed esagerare la portata di questo elemento patogeno; ma si tratta, in questi casi, di *turbe isteroidi* che presentano una certa somiglianza coi fenomeni dell' isterismo classico, ma non han loro base sul *carattere isterico*, che è qualche cosa di congenito, che permane in tutte le condizioni di vita e attraverso le esplicazioni di tutte le funzioni. E, del pari, i fenomeni di esaurimento nervoso, per lo più transitorii, che tutti possiamo avere dietro strapazzi cerebrali o fisici, son ben altra cosa dalla costituzionale neurastenia; sicchè, riserbandomi di aggruppare altrove, fra gli stati morbosi, questi cui ora ho accennato, per ora dico non essere la loro esistenza una buona ragione per negare all' epilessia, isterismo e neurastenia costituzionali il valore di fatti teratologici, di anomalie congenite del sistema nervoso.

∴

Le malattie proprie dei degenerati, o psicosi degenerative, mi sembra che si possano dividere in tre gruppi.

In un primo vanno quelle che si collegano a fasi speciali dell' evoluzione organica, e rappresentano esagerazioni patologiche di certe alterazioni che normalmente si verificano nel carattere e in generale nella funzionalità cerebrale e nervosa, in concomitanza di modificazioni più o meno profonde, di rivoluzioni in senso progressivo o regressivo che l' intero organismo su-

(1) Sul delirio di possessione (Manicomio moderno, 1896).

bisce in certe epoche della sua esistenza. Queste epoche critiche sono tre: quella della pubertà, quella della cessazione delle funzioni sessuali specie nella donna, quella in cui si compie l'involuzione senile; donde la possibilità, nei degenerati, di tre specie di disturbi psichici. Nella pubertà si hanno le forme ebefreniche, comuni ai due sessi, ma più frequenti nei maschi, in cui, sebbene le modificazioni organiche che segnano l'inizio dell'epoca pubere sieno meno nettamente marcate che nella donna, le modificazioni nervose sono invece più importanti. Appunto perchè il maschio è attivo nelle funzioni sessuali, si sviluppa in lui una maggior somma di energia nervosa, tutto un nuovo mondo si apre dinanzi alla sua fantasia, che subisce in poco tempo e tumultuariamente un notevole accrescimento; e quindi sono più facili nell'uomo, quando vi è un terreno precedentemente degenerato, gli eccitamenti morbosi appunto delle facoltà fantastiche sotto forma di delirii ascetico erotici, le alternative di fasi di eccitamento psicomotorio con altre di depressione, che menano rapidamente all'esaurimento cerebrale talvolta guaribile, spesso ancora inguaribile, sotto forma di demenza. Come una sottospecie, poi, dell'ebefrenia è da considerarsi la catatonia del Kahlbaum.

La cessazione, invece, delle funzioni sessuali nell'uomo si verifica lentamente e si confonde coll'involuzione senile generale; nella donna, al contrario, è nettamente marcata, precede la senescenza degli altri organi ed apparecchi, e produce in tutto l'organismo più gravi disturbi; ond'è che è nella donna che si riscontrano forme psicopatiche caratteristiche di questo periodo della vita, e che vanno sotto il nome di *follie della menopausa*, forme anch'esse degenerative perchè si sviluppano solo nei soggetti gravemente predisposti per labe ereditaria, mentre negli altri tutto si limita a più o

meno profonde alterazioni del carattere, a fenomeni nervosi di maggiore o minore entità e durata.

Le stesse considerazioni pare a me che debbano aver valore per le frenosi senili. Quel certo grado di affievolimento di tutte le attività psichiche che è compagno e conseguenza della involuzione senile e dell' ateromasia delle arterie cerebrali, rientra fra i fatti fisiologici, e non può considerarsi come una malattia mentale. nè dal punto di vista scientifico, nè da quello pratico, perchè non richiede cure o provvedimenti peculiari, consente la convivenza dell' individuo nell' ambiente sociale, e spesso non impedisce neanche che egli continui le sue solite e rutinarie occupazioni. Come ha dimostrato G. B. Verga (1), è invece negli affetti da più o meno grave labe ereditaria e in quelli che già durante la loro vita aveano dimostrato più o meno evidenti e notevoli anomalie di carattere, che, sulla base di questo fisiologico indebolimento, si sviluppano stati di eccitamento o di depressione malinconica o deliranti, che han l' aspetto di vere psicopatie, e che posson riunirsi sotto il nome di frenosi senili sol perchè il fondo senile su cui si svolgono comunica loro un' impronta speciale e speciali caratteri che valgono a ravvicinarle. Dell' involuzione senile è proprio l' accentuare, il rendere più evidenti e manifesti i lati difettosi del carattere individuale; e quindi è naturale che, quando non vi erano semplici difetti, ma vere anomalie psichiche per degenerazione del carattere suddetto, queste anomalie medesime, esagerandosi, dieno origine a speciali forme psicopatiche, le quali, sotto questo punto di vista, non sembrerà strano che sieno considerate come degenerative. Ed anche in quei casi in cui non v' è che il solo

(1) *G. B. Verga* — Senilità e pazzia — (Manicomio moderno, 1896).

affievolimento mentale, in un grado, però, molto superiore al fisiologico, parmi debbasi parlare di degenerazione, cioé di una tale invalidità cerebrale da risentire come 10 i dannosi effetti dell' involuzione senile, che altri risentono come 1, oppure di una spiccata ed intensa ateromasia delle arterie del cervello, che è anch' essa, quando va al di là di certi limiti, un fenomeno di degenerazione, cioè di deviazione dalla norma dei processi nutritivi organici.

Le rimanenti psicosi degenerative, poi, possono distinguersi a seconda che hanno decorso cronico o forma acuta ed accessuale. Va fra le prime la paranoia tardiva sistematica del Morselli o delirio cronico del Magnan, che, sebbene poggi su d' un fondo di degenerazione ereditaria, nondimeno ha tutto il decorso ciclico d' un processo morboso, come lo dimostrano le sue fasi caratteristiche, che il Morselli medesimo chiama: periodo apprensivo o di diffidenza, periodo psicosensoriale, periodo delirante egocentrico, periodo delirante metabolico, periodo dissolutivo o di demenza, (1) e che può in gran parte considerarsi come l' effetto di un disturbato stato cenestesico o d' un abnorme lavorio sensoriale su d' un cervello degenerato. Seguono a questa tutte le forme di follia ricorrente, periodica e circolare che richiedono come condizione indispensabile il terreno degenerativo, come ha dimostrato, specialmente per le prime di esse, il Fronda (2).

Vanno fra gli ultimi, cioè fra gli stati accessuali acuti che episodicamente intercorrono nei degenerati, le varie forme di accessi allucinatorio-deliranti, fra cui si

(1) *Morselli* — Appendice alle *Psicosi* di Ballet, nel Trattato di Medicina diretto da Charcot, Bouchard e Brissaud, Torino, Unione Tipografico-Editrice Torinese.

(2) *Fronda* — Studio clinico sulla mania ricorrente (Manicomio moderno, 1894).

annoverano i così detti delirii carcerarii dei delinquenti, la mania degenerativa coi caratteri sopraccennati, cioè essenzialmente la completa lucidità e la prevalenza dell' eccitamento motorio su quello psichico, ed io vi annovero ancora la lipemania delirante, perchè parmi che in generale la tendenza alle concezioni ed alle sistematizzazioni deliranti debba considerarsi come peculiare agli intelletti degenerati, e quindi l' avere, sotto una causa patematica, invece che un accesso di lipemania semplice, uno di lipemania con delirio, cioè lo spiegare allegoricamente in modo delirante il proprio dolore psichico, debba tenersi in conto di effetto e sintoma insieme di uno stato degenerativo della psiche.

∴

Le malattie comuni così ai degenerati come ai semplici predisposti, che son poi il numero maggiore delle malattie mentali, soglionsi dalla maggioranza degli alienisti distinguere in *psiconeurosi* e *psicosi organiche*, altrimenti dette *psicosi sine materia* e *psicosi materiali*, comprendendo sotto il primo nome quelli che si ritenevano puri e semplici disturbi funzionali, senza corrispondenti alterazioni materiali degli organi nervosi, e sotto il secondo quelle altre che aveano il loro fondamento in grossolane lesioni anatomiche del cervello. Oggi, però, cogli attuali progressi della istologia e della citologia cerebrale e nervosa, di puri e semplici disturbi funzionali non è lecito parlare, potendosi oramai, come sopra ho accennato, considerare se non come apoditticamente dimostrato, per lo meno come supponibile con un positivo fondamento di fatto, che quei disturbi che prima si consideravano come funzionali, poggiano su processi degenerativi svariati delle cellule nervose, dovuti, in massima parte, a sostanze auto od eterotos-

siche che arrivano in loro contatto, processi che sono suscettibili di risolvere conducendo alla *restitutio ad integrum* del corpo cellulare o di condurre quest'ultimo a necrosi, avendosi, nel primo caso, la guarigione dello stato psicopatico, nel secondo l'esito in più o meno grave demenza. Un fondamento anatomico, quindi, delle psicopatie esiste sempre; e la differenza fra i due gruppi sopraccennati consiste solo in ciò, che nel primo si tratta di lesioni minute, microscopiche e suscettibili di guarigione delle cellule nervose, nel secondo di lesioni più gravi, irresolubili di esse, perchè connesse ad alterazioni del rimanente del cervello, le quali sono visibili, macroscopiche, grossolane. Questa distinzione, essenzialmente anatomo-patologica, trova, però, la sua corrispondenza così nell'eziologia, come nella forma clinica delle relative malattie, perchè le prime, le psiconeurosi delle vecchie classificazioni, han per lo più decorso acuto, le seconde decorso cronico, ed ognuno sa che i fattori causali della mania, della lipemania, della frenosi sensoria ecc., sono ben differenti da quelli della paralisi generale, della demenza post-apoplettica, di quella da sclerosi o da tumori cerebrali, ecc. Il che vuol dire che la distinzione suddetta risponde allo scopo prefissomi fin da principio, di sforzarmi, cioè, di prendere come base di tutte le divisioni e gli aggruppamenti il punto di vista complesso, il triplice criterio, dell'eziologia, cioè, dell'anatomia patologica e della sintomatologia.

E del pari, per quanto sia ciò malagevole, tenterò di seguire la stessa via nel classificare le psicosi appartenenti al primo dei due ultimi gruppi succennati, che son poi quelle che d'ordinario si indicano col nome di psicosi acute. Distinguere, quindi, fra queste, alcune entità nosologiche per la forma sintomatica, come la mania, la lipemenia, la frenosi sensoria, altre pel cri-

terio del decorso e della gravità prognostica come il delirio acuto, altre per quello eziologico come le psicosi puerperali o influenzali o tifose, o le frenosi alcooliche o pellagrose o saturnine o cocainiche, prima di tutto dà luogo ad un grave confusionismo di linguaggio e di nomenclatura, e poi mi sembra inesatto anche per quel che sopra ho cennato, cioè che molte di queste denominazioni corrispondono ad entità cliniche svariate e molteplici. I delirii febbrili per lo più rivestono la forma di confusione mentale e quindi mi par più logico che sotto questa categoria vadano aggruppati, e che vi si aggruppi anche il delirio acùto, che non è se non un grave delirio febbrile, in connessione, come han dimostrato il Bianchi e il Piccinino (1), con svariati agenti patogeni, che ora son quelli di diverse malattie infettive, ora è uno speciale microrganismo che esercita la sua azione prevalentemente e quasi esclusivamente sul sistema nervoso. Le psicosi puerperali, invece, possono assumere la forma or di confusione mentale, or di frenosi sensoria, or di eccitamento maniaco ed ora di una vera psicosi isterica, risvegliandosi, sotto l'influenza del virus infettivo, l'isterismo più o meno latente nel relativo individuo: l'intossicazione alcoolica può dar luogo ad un delirio allucinatorio, ad uno stato maniacale, ad un delirio sistematizzato, ad uno stato paralitiforme o ad una paralisi progressiva, e lo stesso dicasi, su per giù, dell'intossicazione pellagrosa, di quella per saturnismo, per tabacco, ecc. Ed anche delle infezioni croniche, come la sifilide, possono dar luogo a vere forme maniacali, a stati deliranti, a le-

(1) *Bianchi e Piccinino* — Sull'origine infettiva di una forma di delirio acuto (Annali di Neurologia, 1893).

sioni organiche gravi, come la paralisi progressiva. E' appunto perciò che non mi sembran logiche le denominazioni di frenosi pellagrosa o alcoolica o sifilitica o puerperale; e se, dal punto di vista pratico, può essere qualche volta utile parlare di una mania alcoolica o sifilitica, di un delirio sensoriale puerperale, di una paralisi saturnina, e così via dicendo, perchè l'indicazione della causa si riannoda alla indicazione terapeutica e prognostica, dal punto di vista scientifico si debbono usare soltanto quei nomi che corrispondono ad entità cliniche differenti, non si deve parlare, cioè, se non di manie, di lipemanie, di frenosi sensorie, notando solo che ognuna di queste forme può esser l'effetto di cause diverse. Ed infatti son p. es. più vicini tra loro gli stati allucinatorii prodotti dall' alcool, quelli dovuti al virus della febbre puerperale e quelli per veleni endogeni (come oggi si tende ad ammettere per molte psicosi acute), di quel che sieno p. es. la mania alcoolica, il *delirium tremens* e la pseudoparalisi da alcool; e rassomiglia più il tifo pellagroso al delirio acuto anzichè alla lipemania o alla paralisi da pellagra; e così via dicendo.

Partendo, invece, nel nosografismo delle psicosi acute, dal punto di vista della forma sintomatologica loro, parmi possibile ancora classificarle secondo un criterio anatomo-patologico e di intima natura, ovverossia dell'alterazione fisiopatologica degli elementi cellulari. Quantunque, infatti, noi non conoscessimo ancora, come avevo a dire, le alterazioni citologiche specifiche per le singole forme di deviazione dalla normale attività cellulare nervosa, nondimeno, partendo dai principii di fisio-patologia generale, è logico supporre che vi sieno differenze morfologiche in questi diversi casi; ed in ogni modo è consentaneo ai principii suddetti, se si considerano le manifestazioni normali della psiche come esplicazioni

della normale funzionalità cellulare, ammettere che le fondamentali alterazioni dell'attività psichica si basino o su d'un aumento di detta funzionalità o sulla sua diminuzione. Da un lato, dunque, stati di iperfunzionalità delle più elevate cellule corticali, dall' altro ipofunzionalità loro colle conseguenze che ne derivano, consistenti essenzialmente nella insorgenza dell' attività disordinata dei centri più bassi. I primi posson chiamarsi stati di eccitamento, i secondi stati di depressione, intendendo, però, queste denominazioni, e sopratutto l' ultima, in un senso alquanto diverso da quello che loro si dà d' ordinario, non cioè di innalzamento od abbassamento dell' umore, del tono sentimentale ed affettivo, ma di aumento o diminuzione dell' energia di alcune, almeno, delle funzioni psichiche. Da questo punto di vista la lipemania non può considerarsi come forma depressiva, perchè non vi è in essa diminuzione dell' energia psichica, vi è invece uno stato di continua tensione nervosa sotto l' influenza di una esagerata sensibilità dolorifica psichica, di una condizione, cioè, psichialgica. L' arresto del rimanente della vita psichica è un fenomeno secondario, del tutto analogo, salvo l'intensità maggiore, a quel che avviene fisiologicamente in qualunque stato doloroso dell' animo, in cui l'individuo cade in una specie di inerzia, perchè il dolore paralizza ed inibisce qualunque altra attività della psiche.

Parmi, quindi, possansi distinguere varii stati di eccitamento a seconda delle facoltà maggiormente iperattive, vale a dire, per rimanere nel linguaggio anatomo-fisiologico, a seconda, probabilmente, delle zone, delle aree corticali in cui a preferenza lo stato di iperfunzionalità si verifica. Così quando prevale l' eccitamento dei centri ideativi e psicomotori, che si accompagna quasi sempre, per un meccanisimo che non

sappiamo bene spiegare, ad esaltamento del tono sentimentale, come accade ancora negli stati di gioia, e dirò, di eccitamento fisiologici, si hanno le forme che chiamiamo maniache, fra le quali si comprendono così le manie franche ed autoctone, come quelle da intossicazioni varie di origine esogena. Quando l'eccitamento, la condizione irritativa si localizza a preferenza o almeno in primo tempo nelle aree sensorali della corteccia, si hanno le forme allucinatorie, le frenosi sensorie, che anch'esse, e forse più ancora delle maniache, riconoscono momenti eziologici differenti e molteplici. Quando, infine, riguarda a preferenza i centri della sensibilità generale e sopratutto delle cellule (di cui è ignota finora l'esatta localizzazione) in cui si elaborano le impressioni psichiche che chiamiamo dolorose, in modo che ne consegue una condizione di iperestesia dolorifica, ne avviene che, dietro una causa per lo più patematica, si sviluppa una forma psicopatica che ha a base appunto uno stato doloroso dell'animo, cioè una forma lipemaniaca.

Del pari varii sono i quadri sintomatologici che si verificano quando diminuisce l'energia funzionale delle cellule cerebrali, che hanno esplicazioni e compiti più alti ed elevati. Espressione di tale ipofunzionalità è, in primo luogo, la così detta confusione mentale, che consiste essenzialmente in una mancata coordinazione delle percezioni, dei ricordi, delle idee e, in generale, dei prodotti delle aree sensoriali e motrici della corteccia, per cui l'individuo non si orienta più così nell'ambiente esterno come in quello, diró, interno e subbiettivo; confusione mentale che può esser semplice o complicata ad altri fenomeni, quando alla deficiente funzionalità dei centri più elevati consegue l'insorgere disordinato delle attività di quelli sottoposti o di alcuni di essi, donde le varie forme di confusione maniaca, allucina-

toria, ecc., e quelle che si verificano in seguito all'azione di tossine svariate sul cervello, come i delirii febbrili ed il delirio acuto. Vanno anche in questo gruppo le paranoie acute, caratterizzate essenzialmente dallo stato di paura, cioè di diminuzione del senso della propria personalità, senso che risulta appunto dalla fusione ed associazione di tutte le percezioni e rappresentazioni; e vi si debbono comprendere ancora gli stati stuporosi e sonnambolici, tutti quelli, cioè, che i tedeschi riuniscono sotto il nome di stati di offuscamento psichico (Dämmerzustände), e che evidentemente sono in rapporto con affievolimento delle più alte attività della psiche.

Quale sia l'intima e vera ragione per cui, sotto l'influenza di cause spesso identiche, si sviluppa or l'una or l'altra di queste forme psicopatiche, e la condizione di eccitamento o di depressione colpisce a preferenza l'una o l' altra zona, l' uno o l' altro gruppo di centri corticali, s'ignora del tutto. Parmi soltanto che possa mettersi ciò in rapporto colle idee del Del Greco sull' influenza che la costituzione ed il temperamento individuale hanno nel determinare la forma speciale dell' accesso psicopatico, ammettendo, cioè, che al temperamento vada connessa una facilità maggiore ad ammalare di certi gruppi di cellule cerebrali a preferenza che di certi altri, e forse di quei gruppi che nella vita normale hanno una maggiore attività funzionale. Così si spiegherebbe come le forme maniacali sieno più frequenti negli individui a temperamento attivo o sanguigno, in cui, cioè, son maggiori le tendenze motrici, più rapide le appercezioni e le associazioni, più viva la sensibilità, più pronti i movimenti affettivi, in cui, quindi, maggiormente funzionano le aree corticali psicomotorie e quelle in cui si compiono le associazioni percettive ed ideative; mentre al contrario pre-

valgono le forme lipemaniache in quegli altri a temperamento malinconico o nervoso, in cui v'é, anche d'ordinario, una maggiore sensibilità ai dolori psichici, che ha per effetto un tono solitamente triste dell'umore, e le forme sensoriali nei temperamenti fantastici, in individui, cioé, nella cui vita psichica ha gran parte il lavorio dei centri sensoriali e rappresentativi. Il che vuol dire che si ripeterebbe nella psicopatologia quel che si verifica nelle comuni malattie, cioè che sotto cause identiche (p. es. un' infezione sifilitica cronica) è più facilmente leso quell' organo che maggiore attività funzionale esplica nel relativo individuo. Perchè, però, tutto ciò potesse affermarsi con asseveranza, occorrerebbe conoscere con precisione quale sia il potere metabolico delle malattie, fino a qual punto, cioè, esse possano indurre modificazioni più o meno notevoli nel carattere e temperamento individuale, e se sono esse che agiscono sul temperamento trasformandolo o questo che influisce su quelle variamente plasmandole. È perciò che il sopraccennato modo di vedere non è finora che un'ipotesi, che, però, sembra la più plausibile allo stato attuale delle conoscenze.

Dopo gli stati di aumentata e quelli di diminuita funzionalità corticale, vengono alcuni che chiamiamo di esaurimento cerebrale, e che mi pare debbano esser distinti dagli ultimi summenzionati perchè non sappiamo se sieno identiche negli uni e negli altri le lesioni anatomiche ed il meccanismo patogenetico, mentre, in ogni modo, ne è differente l'aspetto sintomatologico. Tra questi vanno classificati in primo luogo quelle fasi di esaurimento mentale che conseguono a molti stati psicopatici acuti sopratutto di notevole agitazione, e che possono essere scambiati per demenza, mentre guariscono poi relativamente presto o spontaneamente o dietro cure ricostituenti adatte; e vi vanno classificate anco-

ra quelle turbe neurasteniche riflettenti or tutto il sistema nervoso ora a preferenza la sfera cerebrale o la spinale, che posson verificarsi in individui sani dietro l'azione di condizioni defedanti organiche e nervose, come eccessivi lavori mentali, veglie prolungate e ripetute, abusi sessuali, gravi patemi d'animo, e simili. In questi casi pare che agisca la doppia influenza della deficiente nutrizione del sistema nervoso, per l'anemizzazione generale, e delle sostanze tossiche che vi arrivano o vi si formano in seguito all'eccessivo ed abnorme lavorio funzionale o degli elementi nervosi medesimi o di altri tessuti, ond'è che, corroborandosi l'organismo ed avvivandosi, quindi, gli scambi organici, che agevolano l'eliminazione dei prodotti tossici, la condizione morbosa si risolve e guarisce.

A disturbi nutritivi che si verificano nel sistema nervoso in conseguenza di alterazioni funzionali in altri organi dell'economia pare sieno dovuti ancora quegli stati che andavano sotto il nome di pazzie riflesse e che probabilmente sono anch'essi connessi a tossine provenienti dagli organi ammalati. Se abbiano questo stesso meccanismo patogenetico quei disturbi isterici che simulano talvolta il classico isterismo costituzionale e a cui sopra si è accennato, è quanto non può ancora dirsi; l'esistenza loro, però, è indiscutibile, e ne vediamo tuttodì gli esempii, specie oggi che il crescente ed invadente spostamento e malessere sociale, rendendo ogni giorno più difficili le unioni legali, mette un sempre maggior numero di donne nella necessità di dover scegliere fra il ritorno atavico alla forma libera dell'amore o la rinuncia a quello che per loro é insieme l'esercizio della più elevata delle funzioni biologiche e sociali ed il compimento delle più nobili idealità della vita. Il che è causa da una parte dell'incremento della prostituzione, dall'altra dell'aumento di quell'eserci-

to di esseri neutri, nè donne nè uomini, cui si dà oggi, quasi per irrisione, il nome di terzo sesso, e da cui così largo contributo deriva alla isteria acquisita, in tutte le svariate sue forme.

L'altra categoria, infine, dei disturbi mentali, cioè, o stati picopatici che dir si vogliano, connessi ad alterazioni macroscopiche, grossolane degli organi nervosi, comprende la paralisi progressiva, con tutte le sue svariate forme e coi suoi molteplici fattori eziologici, la demenza postapoplettica o in generale da avanzata ateromasia od endoarterite dei vasi cerebrali, quella da sclerosi a placche cerebro - spinale, da tumori del cervello, da meningite cronica diffusa o a focolai, ai quali ultimi casi sono da riavvicinarsi quelli di disturbi mentali varii o di epilessia che seguono a traumi sul cranio con consecutivo processo flogistico cronico meningitico e periencefalitico.

*
* *

Accennerò, infine, all'ultimo gruppo di psicopatie, che son quelle che io chiamo *affezioni psichiche*, residui, cioè, postumi di malattie mentali pregresse. Vanno in esse comprese la così detta paranoia secondaria, avente per base essenziale gruppi di idee deliranti che, preesistendo nella pregressa psicopatia, arrivano, però, sulla base dell' affievolimento mentale che ad essa consegue, ad assumere un certo grado, per quanto rudimentale, di organizzazione sistematica, e dominano l'oramai ristretto campo psichico; e vi vanno, principalmente poi, le demenze consecutive nelle loro forme svariate, non ancora ben classificate e distinte, e fra le quali pare una sola cominci alquanto a delimitarsi, la demenza, cioè, post-paranoide, che si potrebbe definire la demenza del delirio, cioè lo sgretolarsi e lo sfasciar-

si dell'edifizio delirante, intorno ai cui frantumi si concentra pressochè tutta la residuale attività psichica dell'infermo. Ho già detto quali sieno le ragioni per cui questi stati differiscono, per eziologia, forma clinica e anatomia patologica, dalle anomalie e dalle malattie mentali, e sarebbe ozioso ripeterlo.

V.

Ne risulta, dunque, la seguente classificazione:

I. Anomalie psichiche.

1 Arresti di sviluppo totale della psiche
  a) per difettosa evoluzione organica
    Idiozia
    Imbecillismo
  b) per lesioni di organi importanti alla nutrizione del sistema nervoso
    Idiozia mixedematosa
    Cretinismo
2. Arresti di sviluppo parziale della psiche
    Idiozie parziali
3. Deviazioni nello sviluppo psichico
  a) prevalentemente nel lato intellettuale
    Degenerati superiori, geniali
  b) prevalentemente nel lato volitivo
    Caratteri impulsivi
    Delinquenti passionali
    Suicidi (suicidi impulsivi, suicidi malinconici)
  c) prevalentemente nel lato sentimentale
    Carattere paranoico o mattoide
    Paranoia originaria
    Querulomania (pérsécutés - persécuteurs)
    Pazzia morale o delinquenza congenita
    Pervertimenti sessuali
  d) Anomalie costituzionali che confinano colle ma-

lattie e dan luogo ad intercorrenti fenomeni morbosi

Epilessia

Isterismo

Neurastenia (idee fisse, coatte, impulsive)

Ipocondriasi (neurastenia ipocondriaca, paranoia ipocondriaca).

II. **Malattie mentali nello stretto senso.**

A. Malattie proprie dei degenerati, psicosi degenerative.

1. Psicosi legate ad alcune fasi dello sviluppo organico

Ebefrenia (catatonia)

Pazzia della menopausa

Frenosi senili (mania, lipemania, delirii e demenze senili)

2. Stati psicopatici a decorso cronico

Paranoia tardiva sistematica

Pazzia periodica

Pazzia ricorrente

Pazzia circolare

3. Stati psicopatici acuti ed accessuali

Accessi allucinatorio-deliranti

Mania degenerativa

Lipemania delirante

B. Malattie che possono svilupparsi sulla base di una semplice invalidità cerebrale

1. Legate a lesioni minute e guaribili delle cellule nervose

a) Stati di eccitamento prevalentamente ideo-affettivo

Manie

b) Stati di eccitamento prevalentemente sensoriale

Frenosi sensorie

c) Stati di eccitamento della sensibilità dolorifica psichica

Lipemanie

d) Stati di depressione delle più alte attività cerebrali

Confusione mentale (delirii febbrili, delirio acuto)
Paranoia acuta
Stati stuporosi e sonnambolici

e) Stati di esaurimento psichico

Esaurimenti consecutivi a psicosi acute
Stati neurastenici transitorii

f) Stati di disturbata nutrizione cerebrale per lesioni in altri organi

Pazzie riflesse
Stati isteroidi acquisiti

2. Legate a lesioni gravi e permanenti delle cellule nervose

Paralisi generale
Demenza postapoplettica
Demenza da tumori cerebrali
Demenza da sclerosi a placche
Demenza da focolai meningitici
Epilessia e pazzia traumatica (per traumi al capo)

III. **Affezioni psichiche, esiti di psicopatie.**

Paranoia secondaria
Demenze consecutive
Demenza postparanoide.

⁂

Dopo ciò, discutere le altre classificazioni, esporre, cioè, quali sieno le critiche che, secondo il mio modo di vedere, si possono fare ai criterii donde son mosse, mi pare opera superflua, perchè quelle critiche vanno contenute nelle osservazioni che ho esposte e nella enumerazione dei criterii che, secondo me, sono i più adottabili e che credo debbano presiedere agli aggrup-

pamenti delle varie entità cliniche ed alla loro nomenclatura e delimitazione.

Quali sieno le differenze fra la classifica a cui io sono arrivato e tutte le altre si comprende di leggieri; da alcune essa diversifica più, da altre meno, a qualcuna si approssima per un lato, a qualche altra per un altro; alcuni dei criterii in essa esposti sembreranno più accettabili, altri meno ed incontreranno ostacoli ed opposizioni maggiori da parte di chi avrà la pazienza di leggere intera questa mia lunga disquisizione; e, certo, tutto compreso, neanche la mia classifica andrà esente da critiche e da difetti. Ma, in generale, si sa che scevra di difetti non è alcuna opera umana, sopratutto quando é il prodotto di una sola mente, e di una mente, poi, molto modesta e limitata nelle sue forze. E, prescindendo da ciò, ho esposte già prima le ragioni molteplici per le quali non può esser perfetta una classifica delle malattie mentali e quali sieno le difficoltà cui essa va incontro. Nondimeno, si potrà dire che aggiungerne alle tante un'altra sia opera perfettamente inutile e vana? No, se essa adempie ad una data condizione; sì, se non vi adempie; e la condizione è quella di essere l'esatta espressione del momento storico della scienza, dello stato in cui si trovano le nostre conoscenze nel periodo, nell'epoca nella quale la classifica appare. La classifica, infatti, non é che, dirò così, l'impalcatura dell'edificio scientifico, lo stroma che rivela l'intima struttura e l'organizzazione della scienza medesima, e quindi, se riesce ad esprimere questa struttura e questa organizzazione in quel dato periodo, essa ha, per l'epoca stessa, il valore di sintesi delle conoscenze già acquisite e di punto di partenza per gli studii ulteriori, per le epoche consecutive valore storico indiscutibile.

Se risponde a questa condizione la classifica da me

proposta, non sono io che debbo giudicare; dico soltanto che sarò felice delle critiche che ad essa si rivolgeranno, anche se arrivassero a totalmente demolirla, se questo avranno per risultato di richiamare l'attenzione sull'argomento, che a me sembra meriti di esser studiato non soltanto dai modesti cultori della nostra branca, ma eziandio da coloro che meritamente vi godono fama ed autorità di maestri.

Nocera, Dicembre 1898.

Manicomio Interprovinciale V. E. II. — Nocera Inferiore
diretto dal Dott. DOMENICO VENTRA

L'ISTINTO SESSUALE

NEI

DELINQUENTI PAZZI

Osservazioni e Note critiche

DEL

DOTT. FRANCESCO DEL GRECO

I.

Obietto e materiale della ricerca. Tre stupratori pazzi. I casi descritti in rapporto ai pazzi omicidi e ladri, imagine generica dell'alienato di mente stupratore.

Avendo in altro luogo tentato di fissare qualche linea della complessa psicologia del criminale pazzo *omicida* e *ladro* (1), vo' presentemente rivolgermi a quello *sessuale*. Lo studio di tale ultima individualità, posta nelle contingenze più diverse, al lavorio d'analisi profonda della malattia; potrebbe a noi dar modo di vedere con maggiore esattezza nel meccanismo di un gruppo di fenomeni, tanto complesso e multiforme, come quello delle manifestazioni sessuali.

---

(1) Il delinquente paranoico omicida — Scuola Pos. 1894 — Il temperamento nei paranoici omicidi — Scuola Pos. 1897 — Tendenza al furto in alienati di mente — Scuola Pos. 1895 — Temp. e Carat. nelle indagini psichiatriche e d'antrop. crim. Man. mod. 1898.

Io certo non mi propongo di trattare compiutamente il vasto tema, da recenti osservatori con larga copia di fatti molto studiato: amo soltanto trarre partito da alcune osservazioni per cimentare le teorie vigenti all'assieme delle questioni da esplicare, guardando i fenomeni normali del sesso in rapporto ai patologici, ed alle forme molteplici della degenerazione.

In proposito, sopra un numero di oltre 500 infermi di mente (contadini, artigiani, esercenti professioni e sacerdoti), fra i quali non v'ha difetto di pazzi delinquenti — 70 circa —; ho trovato tre *stupratori*, e pochi alienati di mente, criminali o non, che presentavano *omosessualità* in grado diverso. Povera è senza dubbio la cifra, rispetto a quella degli omicidi, siccome ho in altro luogo osservato, a proposito d'infermi con tendenza al furto (1). Ed essa scindesi in casi, presso cui l'anomalia sessuale è d'ordinario, nell'individuo, compagna, o fusa a tendenze criminose; in altri, assai più rari, scevri da impulsi di simil genere.

Per tal modo, ad una rapida osservazione, sembra confermata una distinzione, su cui gli osservatori hanno di frequente insistito (2); vale a dire, che delinquenti sessuali (stupratori specialmente), ed anomali o psicopati sessuali, sono due classi, che fino ad un certo punto, non debbono andar confuse.

Esaminiamo i primi: sono tre.

I *C. A.* È un contadino della provincia di Avellino, della età di 44 anni circa, ammogliato, di statura 1 m. 60, con circonferenza cranica di 550 mm., con semicurva longitudinale di 334, e trasversale di 310 mm. Il diametro an-

(1) Tendenza al furto, ecc.
(2) *Penta* — I pervertimenti sessuali nell'uomo e Vincenzo Verzeni — Napoli — Pierro ed. 1893.

tero posteriore cranico è di 150, il trasverso di 152 mm. l'indice cefalico di 80, 00. La fronte è alta 55 mm.; la faccia alta 120, larga pure 120, con diametro mandibolare di 90 mm. Egli presenta assimetria cranica, platicefalia, faccia grossa, denti a spatola. Ha capelli castano-scuri, calvizie incipiente, poca barba, chiazze allopeciche sulla regione occipitale: la tinta del volto è bruno-terrea. Gracile della persona, avanza un pó curvo, con ernia inquinale doppia, asta piccola e fimotica. Lo stato mentale dell'infermo non concede un esame fisiologico soddisfacente ; d'altra parte non sembra altro vi sia da notare in lui, fuori di una certa vivacità nei riflessi rotulei.

La testa, un pò grossa sulla gracile persona, assume una espressione particolare dal volto, con labbra sottili, naso lungo, occhio smorto, non di rado obliquo. Triste e querulo, il nostro infermo ha un amaro e continuo sorriso, che a simigliante fisonomia dà aria, tra voluttuosa ed iraconda.

Condannato a 10 anni di reclusione per stupro violento su donna di 40 anni, è impazzito in carcere, ove mostrò un delirio persecutorio grandeggiante, dicendo che lo avvelenavano con l'oppio, lo « addoppiavano », ed altre cose.

In manicomio si è mantenuto sempre in atteggiamento difensivo con quanti gli erano attorno, senza aprirsi con alcuno, scambiando gl'individui che lo circondavano per sue conoscenze, complici, o, se non altro, bene al giorno dei suoi guai. Vanta terreni, palazzi e ricchezze. Non è al caso, per il disordine nei ricordi, di narrare esattamente, com'è andata la faccenda dello stupro, a lui cagione di tante sventure; nè pare abbia una gran voglia di ragionarne con i presenti.

È irritabile, malinconico, in preda ad una sorda e continua rabbia. Piange, si convelle, gitta il berretto contro il muro, e si abbandona, presente il medico, a scatti di rabbia impotente. Vorrebbe tirar coltellate. Dimostra con mimica vivace tutto il piacere, che gliene verrebbe, se potesse in tal modo vendicarsi; ma un dito non lo muove. È timido, ha paura, e geme clamorosamente per un nonnulla. Ha fasi di agitazione allucinatoria delirante, in cui disorien-

tasi del tutto, e gli aspetti dianzi cennati, di fisonomia ed emotività, rivela assai vivi.

2. *A. M.* Più giovane negli anni del primo (41 anno), della provincia di Bari, contadino, gracile, molto bruno nella tinta del volto, dai capelli castano-scuri, è alto metro 1 e 60. La circonferenza cranica è di 517 mm., la semicurva longitudinale di 330, la trasversale di 297 mm. Il diametro anteroposteriore è di 185 mm., il trasversale di 140. La fronte è alta 58 mm., la faccia 130, larga 120 mm., con diametro mandibolare di 110 mm.

L'infermo presenta marcata sutura coronaria, bozza parietale destra più accentuata dell'altra, orecchio destro col padiglione più grande, lobuli auricolari semiaderenti, peli al trago. Ha sopracciglia folte ed unite alla glabella, cute piena di lentiggini al volto, occhi neri e vivissimi, leggero prognatismo, regione frontale angusta.

Entrato nel 1892 con delirio persecutorio-grandeggiante, diceva di essere figliuolo di un conte, rapito bambino dal tetto paterno, non nato da modesti contadini.

Lo stato allucinatorio-delirante si andò facendo in lui man mano più vivo, sino a trattenerlo permanentemente in una ansiosa confusione. É allucinato, ha paura, minaccia, scambia gl'individui che lo circondano per imaginarii personaggi. Ma non si spinge a vie di fatto.

Interrogato altra volta sullo stupro, che fu cagione della sua condanna, disse di aver fatto una corbelleria. E non aggiunse altro. Nè abbiamo particolare alcuno sulla faccenda, essendo l'infermo giunto in manicomio, privo di notizie.

3. *L. T.* (1) É un individuo, morto a 42 anni di età, in Manicomio per colera. Di mestiere pastaio, da Pagani, bruno, piccolo di statura (1 m. 55), con circonferenza roizzontale massima del cranio di 535 mm., semicirconfer. anteriore 270, posteriore 265; curva longitudinale 340, bizigomati-

(1) Vedi in proposito: *Canger ed Angiolella* — Delirio paranoico in pazzo morale — Man. mod. 1895.

ca 313; diametro anteroposteriore 190, trasverso 154, indice cefalico 81,05. Aveva fronte alta 90 mm., faccia alta 145: quest'ultima era larga 150, con diametro mandibolare di mm. 145.

Presentava un certo grado di microcefalia, assimetria cranio-facciale, un sopracciglio più elevato dell'altro, orecchie ad ansa con lobuli aderenti, diastemi dentarii; capelli bruni ed incanutiti, peli scarsi al tronco, mammelle un po' sviluppate, genitali piccoli. Alla punta del cuore notavasi il I tono ottuso. L'infermo aveva vivaci riflessi patellari: adirandosi, cadeva in preda a scosse nei muscoli del viso e della spalla, specialmente dal lato destro. La lingua presenta va leggeri tremori: le pupille erano assimetriche.

L'individuo pare sia stato sempre, benchè assiduo lavoratore, di indole punto socievole, orgogliosa, vendicativa. Cominciò, intorno al '90, a presentare deviamento nella condotta, stuprando un giovanetto, che lavorava nello stesso pastificio, ov'era adibito.

Attraverso lunghe vicende giudiziarie condotto in manicomio, si dimostrò riservato, cupo, sospettoso. Del resto vi mantenne un contegno, così regolare, per disciplina e prudenza, da uscirne fuori in capo a qualche tempo, dietro premure di parenti ed altolocati.

Giunto a casa, una notte tentò di violentare la giovinetta, che dormiva nell'istesso suo letto con la moglie; e da costei era stata raccolta, quale figliuola. Vedendosi dalla moglie impedito nelle sue voglie, l'aggredì, ferendola al capo. Nè da quell'ora smise dal profferir minaccie, ed in qualsiasi occasione; tanto, che quest'ultima, impaurita, ricorse al magistrato. La intercessione dei vecchi suoceri della donna inasprì l'ira del nostro infermo; chè prese ad odiarli, usando una volta contr'essi ancora le mani.

Per tutte queste ragioni venne di nuovo condotto in manicomio. Quivi si dimostrò, al solito modo, fosco nei sembianti, impenetrabile. Vedendosi oggetto di un esame giudiziario, cercava di simulare una incoerenza e disorientamento, che mal si accordavano col suo vigile occhio, pronto a seguire i moti della fisonomia di quanti gli erano in-

torno. Malgrado ciò, finì con l'avere qualche momento di arrendevolezza, e rispose alle domande, che gli venivano fatte intorno alla quistione delle sue imprese erotiche, trovando la prima, lo stupro del fanciullo, cosa di poco conto, e dicendola vendetta ad eguale trattamento da lui subito in tenera età per parte di altra gente. In quanto poi al caso della pupilla, diceva non esser costei vergine, ma già femmina datasi ad altri. Aveva parole d'odio intenso contro la moglie, e si pentiva di non averla uccisa. Manifestava sospetti sulla fedeltà di costei.

L'infermo non dimostrava affetto alcuno verso i suoi parenti e la sorella, pur tanto premurosa nel venirla a trovare; credeva obbligo suo vendicarsi di qualsiasi offesa, uccidendone l'autore; nè gran peccato il rubare, ove se ne porgesse il destro. Aveva una grande angustia d'idee, e la sua religione restringevasi ad una misteriosa paura dell'inferno; per cui, diceva, in fin di vita convenirgli la confessione ed il pentimento.

Verso gli ultimi tempi di sua vita non smise punto dal fare orgoglioso e riservato, sospettando di tutti e di tutto; e tale contegno non fu ultima cagione della sua morte nel l'epidemia colerica del 1893.

* * *

Ci troviamo adunque innanzi a tre infermi, bene caratterizzati dalle note somatiche e psicologiche. Dal lato somatico mostrano note degenerative gravi, e segni di arresto, od anomalia di sviluppo ancora negli organi genitali esterni. Dal lato psichico sono degl'imbecilli, manchevoli fin troppo nei sentimenti morali.

I primi due, quantunque provino vivamente odii e rancori, tradiscono un certo fondo di timidità e debolezza. Il loro orgoglio non va disgiunto da paura, ed i propositi di vendetta naufragano davanti alla codardia dei loro animi.

Nel terzo vi è minore codardia: pure non manca, e fa capolino assieme ad un delirio geloso verso la moglie, che presto si trasforma in odio intenso e scevro da quei sentimenti di tenerezza, i quali nell'amore sempre ritrovansi.

Tutti e tre, per le reazioni difensive, per il modo persecutorio di appercepire i fenomeni esterni, tradiscono degenerazione del carattere, congiunta, nei primi due, a grave sconquasso intellettuale, a confusione, ed a molteplici allucinazioni e delirii grandeggianti (rivelatori questi ultimi del fondo imbecillesco delle loro menti). Nel terzo la degenerazione del carattere (paranoia) manifestasi più nettamente; unendosi, alle abnormi reazioni affettive, vigile attenzione e stabile lucidità; caratteristiche dello stato psicopatico in discorso.

Frattanto, se paragoniamo questi tre infermi ai delinquenti pazzi, altrove studiati e definiti nei loro peculiari aspetti; vediamo, che essi (specialmente i primi due) hanno molte simiglianze con i *delinquenti pazzi ladri*.

Sì gli uni, che gli altri sono *timidi*, *assai maligni*, e presentano *arresti di sviluppo* somato-psichico. Notisi, che nei primordii della paralisi progressiva e nella demenza senile (malattie, in cui è grande la *deficienza* etica e della volontà) fanno capolino non di rado gl' impulsi a rubare, ed a cadere in violenze erotiche ed oscenità — stupro, esibizionismo, ecc. — Ripeto, la condizione psicologica, caratteristica di tali manifestazioni (furto, stupro), parmi sia riposta in un certo fondo di codardia, nella esperienza *della propria debolezza ed inettitudine*; per cui gl' individui, sentendosi minori davanti agli altri nelle lotte del cibo e dell' amore, premuti da vivi desiderii, non buoni a dominarsi, volgonsi, o con l' astuzia a sottrarre l' altrui, o sul debole scaricano le loro ributtanti libidini.

Vero è, che fra il *ladro* e lo *stupratore* osservansi non poche differenze. Il primo è alieno dal versar sangue, e dimostrasi in psicopatie, e condizioni mentali anomale, non sempre gravissime (come in accessi maniaci di donne, ad es.). I secondi sono mostruosamente degenerati, monchi nello sviluppo complessivo, ed in quello ancora dei genitali esterni (Marro, Lombroso, Penta); hanno tutta la irascibilità e cupa violenza dell' omicida, senza averne lo spirito battagliero. Sono una caricatura dell' omicida: lo stupratore non uccide, perchè ha paura.

E già un punto di connessione fra lo *stupratore* e l' *omicida* lo troviamo nel 3.° caso, in una passione, che nei delinquenti pazzi omicidi occorre di frequente, parlo della *gelosia*. — Abbiamo visto altrove, come la gelosia sia il movente di non poche uccisioni (1). È dessa una passione sessuale, che, quando mena all' omicidio sulla persona di una donna, non si scompagna sempre da una certa *vigliaccheria;* e scevra di ogni generosità e sentimento di tenerezza, esplode nello stupratore.

Timidezza ed ira hanno in quest' ultimo una radice sessuale, o meglio dimostransi talora legate ad una condizione fisiologica (presumibile forse dallo incompleto sviluppo degli organi sessuali), che nei paralitici all' inizio e nei senili vie più si accentua. L' impotenza di molti paralitici e senili trovasi non di rado nel primo, e rivelasi nella inettitudine al coito, regolare e tranquillo. Le energie nervose debbono in qualche stupratore accumularsi, raggiungere un grado intenso, in una ad irritazione di tutta la sua immite natura, per essere

(1) Il temperamento nei paranoici omicidi ecc.

estrinsecate. Nè maraviglino in lui i delirii di gelosia, che possono ancora generarsi in alcuni speciali individui, inetti ai rapporti del sesso, come negli ubbriaconi inveterati. Lo stupro nei primi due nostri infermi è stato un episodio della loro vita: essi in manicomio non attirano l'attenzione per eccessive tendenze erotiche. La loro torpida natura qui non trova stimoli adatti, ed ognora, col progredire della pazzia, si accascia e deprime.

Così dicendo, non escludo altri possibili casi, in cui l'eretismo sessuale, e diffusione di esso per i centri nervosi ed in tutti i lati della vita psichica, anzichè intermittente, ad accessi, potrebbe apparire *costante*, *esagerato*. Nell'un caso, o nell'altro, la esplicazione funzionale è al di fuori del ritmo ordinario, e ne dimostra la originaria anomalia.

Lo stupratore adunque in molti casi si vendica della inettitudine sessuale; e certamente, della inettitudine a lottar per l'amore, con le armi della seduzione, gli incanti di una eletta persona, con le azioni che colpiscono ed attirano l'altro sesso, con la forza conquistatrice ed affascinante della intelligenza. Lo stupratore, questo reietto della natura, si vendica, affaticandosi a soddisfare le covate brame nell'ombra, sul debole, rifuggendo da ogni lotta, negando il suo delitto istesso.

Ed egli finisce col non amare altrimenti, se non traverso alla violenza ed alle tenebre: dopo tutto egli è un ladro dell'amore, é un astuto violento, e voluttuosamente divora il frutto proibito; gode a quel modo, esplodendo in una volta sola, in uno spasmo supremo ogni energia e desiderio.

Egli è quindi un *pervertito sessuale*.

In lui rivelasi notevolissima una fiacca e brutale natura, un grave fondo di *pazzia morale*, siccome ha ben

messo in luce in un libro recente l' Angiolella (1).

Nota al Capitolo I.

Aveva già scritto queste pagine, quando mi è occorso di vedere un altro alienato di mente stupratore.

È un uomo poco al di sopra di quarantanni, di statura inferiore alla media, gracile nella persona; con testa leggermente microcefalica; fronte aperta, ma sfuggente; ipsicefalia; arcate sopraorbitarie notevoli; zigomi grossi e larghi; orecchie con parte superiore del padiglione quasi piegata a punta nell' antelice; naso camuso e largo al basso. Egli ha insomma una faccia da satiro, cui danno molta espressione gli occhi vivi e furbeschi. Presenta ateromasia diffusa, genitali esterni molto sviluppati.

L'infermo è un contadino, ammogliato, tocco da labe ereditaria psicopatica, con fratello semimbecille e dominato, in stati maniaci accessuali, da tendenza al furto. Chiuso altre due volte in manicomio, vi si mostrò affetto da accesso maniaco, complicato talvolta con idee deliranti ascetiche, ambiziose, e persecutorie. Allorchè incominciava ad agitarsi, egli smetteva dal lavorare, dandosi a vita randagia. Pochi mesi addietro, con molta furberia attrasse verso un casolare isolato una giovanetta di dodici anni, le porse varii regalucci, e subito che gli parve opportuno, la spinse dentro, serrò l'uscio, e la violentò. Inseguito dai parenti della vittima, riuscì a sottrarsi con la fuga; e ben gliene colse, che campò la vita, salvandosi in mano ai carabinieri, i quali l'ebbero già pazzo del tutto.

In sull'esordire del precedente accesso, aveva abusato di una sua figliastra, di trentadue anni, e storpia di un braccio, che dormiva nell'istesso suo letto con la moglie.

---

(1) *Angiolella* — *Manuale d'Antropologia Criminale* — *Vallardi ed. 1897* — Dice questo autore « che negli stupratori notasi arresto di sviluppo dei sentimenti affettivi e morali, insieme ad altre note, che sono speciali del carattere e temperamento omicida » Le mie osservazioni confermano tali idee.

Durante i primi giorni di sua residenza in manicomio, si mostrò preso da violenta agitazione psicomotoria, e nella nutrizione assai deperito. Ebbe una leggera furuncolosi per tutta la persona. Poscia migliorò notevolmente e fecesi più calmo. Allora incominciò a cercar di attirar la benevolenza del medico sulla sua persona, atteggiandosi a vittima di soprusi: disse di essere stato da gente di fuori picchiato e senza colpa alcuna. Dapprima negò di aver commesso il reato poscia insistè leggermente, affermando, che in quei giorni la testa non la sentiva giusta. Malgrado il continuo guaire, il fare timido, pauroso, dimesso, ha un occhio vivo, indagatore, pieno di furberia. Preso di fronte, ove si senta al sicuro, rimbecca nelle risposte e mette fuori non poco orgoglio e petulanza. In tal modo va divenendo uno degli infermi più noiosi ed esigenti. Ha notevole angustia mentale.

In questo stupratore adunque ritroviamo l'arresto di sviluppo, la semimbecillità, lo spirito pauroso e vigliacco degli altri. Vi è in lui molta furberia, una buona dose di dissimulazione, che nasconde un individuo, il quale, all'occasione, con i deboli la farebbe da prepotente. Questo lato però, come la tendenza all'ira ed alla crudeltà, che abbiamo visto in altri stupratori, non appare molto evidente. Bisognerebbe porre il soggetto in ambiente opportuno per ricercare simiglianti fenomeni. I delirii sofferti da lui in altri accessi psicopatici, mentre sono una prova della sua frenastenia, possono considerarsi, quale esplicazione, le idee persecutorie, del suo stato continuo di sospettosità e paura, e le idee mistico-vanitose, dell'animo arrogante e forse delle tendenze sessuali esagerate.

Per esattezza, bisognerebbe ancora vedere lo infermo nei periodi intervallari, di relativa sanità mentale. È noto, come molti individui nelle fasi maniache dimostrino tendenze criminali insolite (tendenza al furto, pazzia morale, ecc.).

Tanto vero, che alcuni alienisti considerano l'individuo pazzo completamente diverso dal normale; e d'una azione criminosa reputano aver stabilita bene la origine, quando l'hanno vista generata in condizioni psichiche morbose. Per mia parte credo sia questa non tutta la strada da percorrere. Bisogna andar oltre, e ritrovare sempre l'individuo nell'alienato di mente. Senza dubbio molti pazzi, come i maniaci, ad esempio, gli isterici, gli epilettici, ecc., in alcuni momenti appaiono diversissimi da quello che sono in altri. E, dal grande al piccolo, una tale cosa va detta ancora di molti uomini nella vita normale, allorchè sono tranquilli, od in preda a qualche passione. Ma ciò non vuol dire, che l'individuo risulti di due personalità; è sempre quella una che si modifica e cangia. L'importante da stabilire è, se tali cangiamenti sieno tanto profondi nei casi di pazzia, da andare al di là (direi) del piano originario dell'individuo. Se un uomo, in apparenza mite, diventa feroce in preda a follia, era desso mite davvero, oppur no? Tale questione va risoluta, studiando appunto le leggi, secondo cui le singole personalità mutano negli stati passionali e morbosi, secondo cui oscillano attorno al nucleo originario. Sono questi difficili e complessi problemi; ma d'utilità pratica grandissima.

II

Alcuni alienati di mente omosessuali. Analisi di questi casi, idee fisse e delirio di possessione. Imagine generica di essi, le teorie sulle anomalie e psicosi sessuali, la teoria del Krafft-Ebing.

Veniamo ora all'altro gruppo di infermi a quello degli *omosessuali*, fra cui vi sono non pochi delinquenti. Non è facile cosa proseguire una simile indagine, ricercandosi tendenze, che ognuno ama nascon-

dere, all' infuori di qualche individuo, in cui l' urgenza del bisogno rendesi intensissima (si che non v' é modo di nulla occultare), o con perdita d' ogni pudore, per deficienza etica ed intellettuale.

Nei manicomii, dove v' ha ingombro d' uomini, di varie età, senza commercio alcuno con persone dell' altro sesso, è facile il pensare, che la pederastia debba esservi frequente. È minore del resto, che nelle carceri, o in altri luoghi — Come dice il Venturi, l' alienato di mente dimostrasi inadeguato all' amore (1), ha rotto ogni legame con i suoi simili; per modo che la funzione amorosa in lui tende ad un predominio di elementi fantastici, subiettivi: condizione che del resto ripetesi in tutti quei lati della sua psiche, i quali importano comunanza e simpatia con gli altri uomini.

L' onanismo, espressione dell' atto erotico isolato, è proprio dell' alienato di mente: ogni altra manifestazione va in seconda linea.

Cercando fra i ricoverati del Manicomio di Nocera, mi é riuscito di trovare un numero assai scarso (7 circa) di infermi omosessuali.

Certamente diversi altri avranno in uso la pederastia. Ma ciò (come avanti diremo) non è sempre indice di omosessualità; talvolta è deviazione occasionale e transitoria, un modo qualsiasi (in poco delicata natura) di soddisfare a cocenti brame erotiche (2).

Fra i nostri casi si osservano:

---

(1) *Venturi* — Le degenerazioni psico-sessuali — Torino — Bocca ed. 1892.

(2) Questi pederasti occasionali meriterebbero anch' essi uno studio accurato: ma è molto difficile venirne a cognizione.

Gli attivi sono d' ordinario criminali, prepotenti, hanno del maschio in tutta la persona asciutta, angolosa, dal colorito bruno; sentono vivamente i bisogni organici ed ancora quelli sessuali. Venuti spesso dalle carceri, hanno portato le tristi abitudini di quei luoghi. I passivi sono d' ordinario giovanetti, corrotti e soggiogati dai primi.

1. Un imbecille intorno ai venti anni, passivo, maltrattato dalla sorte in tutto lo sviluppo della persona. Egli con singolare cinismo parla delle sue brutte tendenze. Non attira l'attenzione per alcun fatto importante, all'infuori di certo contegno ed aspetto femineo.

2. Un maniaco cronico, semimbecille anche lui, passivo, biondiccio, irritabile, inquieto. Non si riesce a tenerlo fra gli altri molto tempo, perchè uno dei più dispettosi ed incorreggibili uomini, che io abbia conosciuti.

È pieno di capricci, di seduzioni e ripulse.

3. Un epilettico, intorno ai venti anni, passivo, pingue, roseo, molle negli atti, malinconico, insistente, lunatico, come sono non pochi epilettici.

4. Un altro epilettico, che richiama l'attenzione più degli altri. È un uomo intorno alla quarantina, capraio. D'indole manesca e violenta non viveva con la moglie, dicono a cagione di quel suo umore irritabile e brutale. Fu *ammonito* in seguito a condanna e pena per mancato omicidio. Una volta, guardando le capre, videsi sopra una belva sfuggita da un vicino serraglio. Egli l'affrontò coraggiosamente, ed uccise a colpi di mazza. È alto 1 m. 64. La circonferenza massima del cranio è di 550 mm., di 290 la curva longitudinale, di 330 la bizigomatica. Il diametro antero-posteriore è di 190 mm., il trasverso di 152. L'indice cefalico è di 80.00. La fronte è alta 55 mm., la faccia 135: il diametro bizigomatico 130, il mandibolare 100 mm.

L'infermo ha occipite piatto, assimetria facciale, lobuli degli orecchi aderenti. È di robusta costituzione, cute bianca, capelli castano-scuri; ha radi peli sulla persona, molte cicatrici al volto ed al collo (per cadute). Dal lato fisiolo-

---

Da tutti questi si distinguono moltissimi altri, i quali hanno ribrezzo delle turpitudini pederastiche, e sono la migliore gente, per carattere, fra i ricoverati dell'asilo. — I pochi casi da me riferiti nel testo sono pederasti cronici, incorreggibili, che lasciano sospettare nella loro psiche ed organismo qualche cosa, la quale dia stabilità ed energia alle pervertite manifestazioni erotiche. Sulla divisione fra occasionali, o non, si potrebbe trovare a ridire; ma nelle conclusioni terró conto dei molteplici lati del problema in esame.

gico presenta ottusità uditiva; ed i colori, specialmente il verde ed il violetto, li distingue a fatica. Soffre di blefarite e tracoma in ambo gli occhi: è artritico.

Ammesso in preda a violento stato epilettico, presto andò meglio; ma non fu ritirato dalla famiglia, perchè amante del vino e spavento del paese.

In Manicomio da qualche tempo non dimostra, che convulsioni a lunghi intervalli, scevre da agitazione ed impulsi. È un pò attutito nella intelligenza. Si presta volontieri a tanti piccoli servizii nell' interno delle sezioni, ed ha contegno benevolo e mite. Egli è un pederasta, incorreggibile, attivo ed aggressore, talvolta passivo; cerca e seduce giovanetti, che debbono soddisfare a codesta sua voglia. In lui simile tendenza raggiunge il grado di una idea fissa impulsiva, ostinata, immutabile.

5. È un carattere paranoico e semimbecille, di 36 anni, venditore ambulante di libri, celibe, condannato a sei anni di reclusione per abuso carnale su minorenni dell' istesso sesso. In carcere, pochi giorni dopo entrato, diè manifesti segni di pazzia. Ebbe fasi depressive con sitofobia e tendenze suicide.

È alto 1 m. 65. Il cranio ha la massima circonferenza di 60 mm: la curva longitudinale è di 337, di 320 la bizigomatica. Il diametro longitudinale è di 180 mm., di 150 il trasverso: l' indice cefalico è di 83. 59. La fronte è alta 50 mm: la faccia è alta 135, larga 140, con diametro mandibolare di 120 mm. L' infermo è brachicefalo, con cranio piatto, assimetria cranio - facciale notevolissima, orecchie ad ansa, testa spelata sul bregma, naso grosso. Un pò curvo allo innanzi e pingue, cammina con le ginocchia serrate ed i piedi, che si discostano.

È un malato dei più insistenti e noiosi: quando vuole una cosa (e ne ha sempre da reclamare) non dà pace ad alcuno, fino a che non venga soddisfatto. Parla sempre di persecuzioni ed abuso di potere. È inetto a qualsiasi ordinata applicazione. Ha col medico un fare umile, dolce, malgrado sia un gran fabbro di calunnie, raggiri, ed in-

ganni. In tali imprese si mostra abilissimo, nè affronta mai alcuno, da cui subodori resistenza.

Egli dice, che suo padre fino dai 13 anni lo chiuse in una casa di correzione. — Tentò in manicomio più volte di sedurre giovanetti infermi, con i quali voleva abbandonarsi a reciproche oscenitá. Bisognò tenerlo isolato.

6. e 7. Infine abbiamo due delinquenti omicidi paranoici, dei quali mi sono occupato anche altrove.

Il primo, uccisore di un suo garzone, non sentì piú, dopo un accesso psicopatico, attrazione alcuna verso la moglie, ed una volta tentò sfregiarla. Presenta un delirio persecutorio: dice che i superiori lo spiano in ogni atto, e *posseggono la sua volontà*. Egli nulla può fare senza esser visto da essi con un misterioso strumento, il « travedere ». É pederasta passivo ed attivo. Molto intelligente, lucido e pronto, cura la sua persona, ha momenti di dolcezza, altri di acredine ed irascibilità. Non è tenace negli odii; è impulsivo: due volte sorpreso nelle sue pratiche oscene, due volte si recise un orecchio, ora dall' uno, ora dall' altro lato.

Il secondo è un paranoico omicida, che nella costituzione fisica esterna nulla presenta d' importante, al di fuori, della mandibola molto sviluppata.

Si dice sotto l' impero di uno spirito, che lo spinge ad atti aggressivi contro le persone. Alle volte lacera un oggetto, anche caro, perchè afferma essergli imposto. È lucido, benchè un poco decaduto nella mente, è sospettoso parecchio. Ha tendenze passive.

∴

Come vedesi, nei primi tre, domina sovrano l'arresto di sviluppo; condizione che accompagnasi ad alcune particolarità costituzionali, e più di contegno e carattere, le quali danno all'individuo una certa somiglianza con persone dell'altro sesso. Vero è, che le somiglianze sono punto decisive; non tali da superare ció che notasi

ancora in molti, pure normali nella funzione amorosa. Sono del resto (il 2.° ed il 3.°) mobili nell' umore, nei desiderii, nella condotta (maniaco l'uno, epilettico l'altro).

Notisi frattanto, che i primi tre casi, come i due che seguono, non risultano di infermi in preda a stato psicopatico vivissimo: sono degenerati più che pazzi. Fra i degenerati è possibile una reciproca intesa, ma non fra quelli compiutamente deliranti o confusi.

Il 4.° infermo è anch'esso un epilettico, di professione capraio. La vita isolata, che mena tale gente, può essere stata condizione determinante a generare un' abitudine, che poscia divenne grave fenomeno morboso. Vero è che il poco affetto, sempre avuto da lui verso la moglie, l'aver evitato di vivere con essa, lo potrebbe far credere omosessuale originario.

In altri tempi egli era gran bevitore, violentissimo, manesco, coraggioso; presentemente si dimostra mite e dimesso. Non sappiamo, se ciò debba considerarsi quale stabile mutamento, ovvero riferirsi alle contraddizioni proprie dell'epilettico, ora dolce, ora violento e crudele. Col declinare della giovinezza notasi, in molti alienati di mente, impulsivi-deliranti, una certa tollerabilità di carattere: le fasi di agitazione vedonsi meno intense e volgono al torpore, grave o relativo, della demenza. Frattanto sarebbe utile vedere, se nel nostro caso il miglioramento di contegno sia andato di conserva con l'accentuarsi dell'anomalia sessuale.

Lo squilibrio negli appetiti e desiderii, il fermento imaginativo, peculiare dei degenerati ed in special modo degli epilettici, poteva bene trovare altra volta nelle ebbrezze del vino, nelle agitazioni e delirii postaccessuali, una via di scarica; ed ora venir essa sostituita dalla tendenza pederastica (passiva od attiva), che presentasi in lui con una intensità ed urgenza orribile, sotto forma di una idea fissa impulsiva. A tutto rigore non possia-

mo dire la idea equivalente dell'accesso convulsivo, perchè non lo sopprime, non ricorre a periodi, malgrado possa sembrare (ripeto), che sostituisca i disturbi post o preaccessuali d'altra volta. Comunque sia, non v' ha dubbio, *che essa è bene una espressione del peculiare temperamento, su cui delineasi.*

Infatti lo studio degl'infermi di mente ci volge a distinguere non soltanto le idee fisse rispetto al loro contenuto, ma ancora rispetto al terreno, onde s' informano. Lo Ianet ha dimostrato cosa sia una idea fissa in isterica. In tali circostanze, per il modo subcosciente di rivelarsi, per gli effetti e molteplici disturbi che determina, per gli efficaci mezzi di cura, possibili in mano ad abile sperimentatore; la idea fissa isterica é specialissima (1)

Così negli epilettici la idea fissa, per la tenacia, disposizione ad estrinsecarsi, urgenza con cui preme e tormenta, fino all'istante in cui si scarica al di fuori, e così genera nel paziente uno stato di sollievo, lo lascia libero da un incubo tormentoso (sia pure l' atto compiuto nefando, orribile: stupro, omicidio); per tutti questi sintomi, dico, essa é caratteristica. La letteratura ci presenta qualche caso di epilettico, in cui la idea, fissa, tormentosa, si è sostituita agli ordinarii accessi convulsivi, alimentandosi (direi) dello squilibrio, che in questi esplode (2).

Nei paranoici può bene il delirio assumere fissità ed angustia di idea isolata, eccitando l'attenzione e memoria; sì che gl'infermi hanno un' attenzione, una sensibilità acutissima, per ogni menomo fatto, od impressione interna, la quale abbia con la idea rapporti lonta-

(1) *P. Ianet* — Névroses et idées fixes, 1898, Tom. I.

(2) *Ventra* — Equivalente psico-epilettico protratto sotto forma di delirio paranoico — Man. mod. Anno X, 1, 2.

nissimi. E la idea, pari a tumore maligno, cresce, rode, penetra, non dà pace all'inquieto intelletto. Più che tendere al di fuori, essa volge ad accogliere nuove percezioni e ricordi. Vi è, a principio, nella mente del paranoico un fondo d'animo incerto e pauroso, che, mentre eccita la intelligenza, ne paralizza ogni deliberazione e sforzo.

È certo un lungo studio da fare questo del conoscere le individualità mentali, in cui si svolgono le idee fisse; ed i caratteri, che da quelle prendono nei singoli casi.

Il *quinto* infermo è notevole per l'accentuata degenerazione di tutta la sua individualità psicofisica, e per alcune peculiarità di carattere. Limitato nella intelligenza, inetto al lavoro, è pieno di orgoglio ed ostinazione; ha la insistenza, la smania di spuntarla in ogni cosa. Ogni desiderio assume in lui la forma d'idea fissa impulsiva, e si fa centro d'interpretazioni e pensieri deliranti. Egli è poi un uomo sottile, gran fabbro di astuzie e di calunnie, pauroso, vigliacco; simula una dolcezza di sentire, che di rado gli conviene. È talvolta un misto d'ingenuità pazzesca e di bricconeria squisita. Questa buona dose di simulazione rende piuttosto complicata la figura del nostro infermo, e la rivela dalle linee mobili, talvolta indecise. Il simulatore non sempre è tutto falso (1).

Infine *gli ultimi due* sono, a differenza degli altri, pazzi conclamati. Il primo ha certa caratteristica mobilità di umore e di contegno: ed ambedue presentano un *delirio di possessione*.

In ogni paranoico in verità vi è l'inizio di un tale delirio. Per lo stato allucinatorio, per la impotenza a reggere e seguire il corso dei loro pensieri ed azioni,

(1) Vedi in proposito: — Il temperamento nei paranoici omicidi, ecc.

credono essi, che altri sieno penetrati fino nella cittadella dell'anima loro, e con mezzi diversi (correnti magnetiche, spiritiche, ecc.) potentemente vadano in questa operando. Ma si ribellano ad una simile tirannia, reagiscono contro la causa di tali fatti, concretata in persecutori diversi. Adunque questo stato di sdoppiamento mentale (se così vogliamo dirlo) non è profondo. Il paranoico reagisce, perchè vede intaccata la integrità della sua persona, fisica e mentale. Saldo nella sua coscienza personale, egli spia, lotta contro i fenomeni di disordine rappresentativo e cenestesico, i quali inducono in lui la credenza di mistiche possessioni. Tutto il lavorio dell'intelletto paranoico è uno sforzo di coordinazione di slegate percezioni ed idee. Il paranoico non dimentica punto sè stesso, e lotta per la sua unità.

In altri infermi al contrario il delirio di possessione si fa molto più vivo e definito; la sintesi personale tende a disgregarsi ed a fingere aspetti diversi ed opposti (come in lipemaniaci, isterici, ecc.).

Ora nei due nostri ultimi casi è notevole l'accentuarsi di un tale delirio. Essi non si ribellano, come gli altri paranoici, alle credute possessioni. Il primo v'è quasi rassegnato, e cerca di propiziarsi coloro, che lo spiano col «travedere»; l'altro si dice omai pienamente soggetto allo Spirito. Sembra dunque, che nel carattere di questi due vi sia *un elemento di rassegnazione e passività*, opposto a fasi di violenta, e spesso indomabile, agitazione con subite scariche motorie (impulsi sessuali, omicidi, ecc.).

*
* *

Cercando ora di riassumere i pochi fatti, notati in queste magre osservazioni sugli omosessuali, vediamo che gl'individui in discorso presentano:

Fenomeni di arresti ed anomalie di sviluppo nella costituzione, sia psichica, che somatica. Il carattere, e la individualità psichica in genere, presentano talvolta reazioni, abitudini, contegno, che si accordano con la mitezza e passività femminile in certe cose; oppure instabilità di umore, subiti movimenti di simpatia, attrazioni e ripulse, odii ed impulsività aggressiva. Vi è qualche cosa di infantile nel carattere dei nostri infermi; accompagnandosi la mobilità di umore, affettiva, e di energia, ora ad intelligenza e personalità in arresto, ora (come negli ultimi casi) ad intelligenza viva e personalità, svolta appieno, ma lesa profondamente, nella sua tessitura, in molti lati.

Questo assieme di note psicologiche, difficili a bene definire, va di conserva con l'aspetto somatico, il quale, in alcuni casi, ricorda la persona femminile, in altri certamente è notevole per molteplici anomalie antropologiche. E l'uno e l'altro ordine di fenomeni possono considerarsi come un tutto, rivelatore ed emergente da *turbata costituzione psicofisica.*

Le psicopatie, da cui gl'infermi mostransi affetti, non discordano dai fatti in parola; ne sono, direi, l'accentuazione e prolungamento, rinforzano le note psicologiche, ora adombrate. Così la imbecillità dei primi rinforza l'aspetto ed il contegno femineo; la epilessia, lo stato maniaco, il delirio di possessione degli altri, rinforzano quella *mobilità di umore caratteristica*, e tendenza ad impulsi, alle idee fisse, e contradizione nel modo di sentire e contenersi verso i proprii simili. Bisogna quindi nei precedenti casi vedere, non soltanto le note psicosomatiche, riferentisi alla *costituzione psicofisica,* ma più specificatamente la *irritazione imaginativa*, la vivezza dei desiderii, le idee fisse assorbenti, ed estrinsecazioni rapide o fatali.

Ora le teorie, messe innanzi dagli osservatori per in-

terpretare le principali anomalie sessuali (l'inversione, il feticismo, il masocismo, il sadismo) sembrami possano dividersi in due serie: l'una, che le ripone specialmente in anomalie costituzionali (Krafft-Ebing, Chevalier, ecc.), l'altra, che insiste sul turbamento della imaginazione, e sulla mancata o pervertita funzione erotica (Binet, Lombroso, Penta, Venturi, ecc.) (1).

Ambo le teorie sono vere, sono accentuazione di due ordini di fatti, che abbiamo ritrovati nello studio dei nostri alienati di mente.

Riguardo alla prima possiamo dire, che gli studii biologici più recenti (le ricerche dell'Orchansky sulla eredità, ad esempio (2)) ne dispongono a considerare inizialmente (o potenzialmente) la individualità umana come ermafrodita (3). Tale ipotesi ha base, oltre che sulla embriologia; sulla presenza di organi sessuali secondarii di un sesso nell'altro; sui mutamenti che in ambo i sessi avvengono all'epoca della pubertà ed in donne alla menopausa; sull'accentuarsi in femine castrate di note maschili; sul fatto (così bene studiato dal Darwin) della trasmissione ereditaria per parte di donna di caratteri ed attitudini maschili, ed in generale sulle varie e difficili quistioni ri-

---

(1) *Penta* — Caratteri generali, origine e significato dei pervertimenti sessuali ecc. Archivio delle Psicopatie sessuali, 1896, Gennaio.

Id. L'origine e la patogenesi della inversione sessuale, secondo Krafft-Ebing e gli altri autori. Archivio delle Psic. sessuali. Febbraio, Marzo, 1896. Roma — Capaccini ed.

(2) *Orchansky* — L'eredità nelle famiglie malate. Trad. it. Bocca ed. 1895.

(3) Il Venturi in un recente lavoro (Manicomio mod. 1895) sostiene, con ricchezza di fatti ed idee, l'opinione d'una origine differente delle due individualità sessuali nell'uomo. Per mia parte accetto l'opinione dell'ermafroditismo, senza del resto risalire alle prime origini della sessualità nella serie filogenetica: questione altamente difficile, e su cui v' hanno già molti e diversi studii.

ferentisi alla eredità, normale e morbosa. Il Krafft-Ebing è il sostenitore più autorevole di questa teoria, ed ha raccolto un imponente numero di fatti, cercando di ricostruire la serie degli abnormi sessuali, da quelli che presentano un leggero accenno, tendenza leggera verso il proprio sesso; dagli ermafroditi psichici, fino agli invertiti profondi (1). Le storie cliniche, presentate dall'insigne osservatore di Vienna, sono importantissime; e senza menarne ad alcuna conclusione assoluta, come a quella avanzata da taluni, che dicono l'invertito, ad esempio, un uomo con cervello di donna, e cose simili; richiamano, dico, la nostra attenzione su l'efficacia dell'*elemento costituzionale* in simili perturbamenti, e ne mettono in luce tutto il valore.

III.

Istinto sessuale ed evoluzione psicologica dell'individuo. Conformazione, istinto, intelligenza. Istinto sessuale, ambiente sociale, e funzione di questo nello sviluppo di alcuni caratteri sessuali secondarii. Inversione istintiva in rapporto ai caratteri ed alle anomalie somatiche, imaginazione rivelatrice di profonde anomalie nervose centrali.

Dal punto di vista diagnostico, è un difficile problema lo stabilire di tutti i fenomeni psichici quelli, che si riferiscono alla pura funzione sessuale, emanano direttamente da questa, elevansi a segni specifici della direzione di essa. Non è agevole precisare quali distinti effetti abbia l'*istinto* in parola su *tutto il complesso* della psiche; e d'altra parte in che legame appaiano *istinto* ed *organi sessuali*, interni ed esterni.

---

(1) *Krafft-Ebing* — L'inversione sessuale nell'uomo e nella donna — Trad. it. Roma, 1897, Capaccini ed.

Se consideriamo l'uomo e la donna, in astratto, soltanto in rapporto alla diversa funzione sessuale, mettendo da banda gli altri ufficii, ai quali adempiono nell'agitato ambiente sociale; vediamo che, attorno al primo ed alla seconda, si aggruppano alcune note somatiche e psichiche, le quali in tutta la evoluzione dell'amore, dalla tendenza indeterminata alla seduzione, alle gare, all'amplesso, alla figliuolanza, primeggiano e ne lasciano intuire la complessa e svariata scena.

Così negli animali superiori il maschio appare forte, lottatore, ardente, dalle penne lunghe e ricche di vividi colori, dal manto e dalle corna ramose; la femina lenta, accorta, timida, semplice nelle piume e nel manto. E per l'uomo cantano i poeti, sempre nell'uno il valore, la generosità, lo spirito ardente e d'intrapresa, le larghe spalle e l'agile fianco; nella donna la mitezza, i fini accorgimenti, l'abnegazione verso la prole, la persona piccola, dalle linee dolci, lunga la chioma molle cadente sul tumido fianco.

Ma allorchè pensiamo essere la psiche un prodotto storico, assodatosi attraverso forme sociali differenti, e che risulta dal concorso d'ambo i sessi; allorchè vediamo la subordinazione e le diverse forme della famiglia (in cui l'istinto sessuale si esplica), rispetto al lavoro sociale ed alle istituzioni religiose o politiche; alcune epoche dominate da un ideale morale, che sarebbe del tutto maschile (valore, spirito di conquista), altre a prevalenza femminile (umiltà, santità); inoltre che la evoluzione sociale ha dato grande valore negli uomini a virtù, le quali sembrerebbero più convenienti alla donna (mitezza, obbedienza), nelle donne a virtù più dell'uomo (fermezza, tenacia di propositi); dico, da tutto questo argomentiamo, che alcune note psichiche, le quali sembrerebbero convenire alle *diverse* individualità sessuali, non trovano nei fatti adeguata conferma: e virtù, con-

tegno, rivelazioni di carattere, le quali, isolatamente prese, crederemmo riferibili all'un sesso od all'altro, sono dall' evoluzione storica e sociale innestate dall' uno all'altro, *e generate in composizione di tanti e diversi fattori.*

Il sentimento d'abnegazione, ad esempio, lo spirito di sagrifizio, che nella madre si genera per *amore alla prole,* può bene sorgere da *soggezione e paura* verso il proprio signore ed in conseguenza dei legami famigliari; oppure *da simpatia* verso i proprii simili, siccome notasi in animali, che vivono allo stato gregario ed in reciproca cooperazione.

Un istesso sentimento morale adunque puó avere diversa origine; o meglio ha una genesi complicata, in cui predomina or l'uno, or l'altro fattore. L'abnegazione, l'umiltà, l'entusiasmo, sono tante parole, che suppongono *stati d'animo* in rapporto alle azioni, che gl'individui esplicano nell'ambiente sociale: questi stati d' animo risultano di idee, sentimenti ed impulsioni, che sono il lato subiettivo di alcune *azioni abituali*, indici dell'esplicarsi di ognuno fra le contingenze diverse dell'ambiente, in cui vive. Vi sono quindi nelle personalità *centri di azioni* in rapporto alla famiglia, alla tribù, alla casta, ecc.; quindi centri di idee, sentimenti e tendenze *famigliari, sociali,* ecc. Il sentimento familiare e sociale, sono qualche cosa di *derivato*: l'uno ha origine dall'istinto sessuale e da sentimenti di tenerezza, l'altro dalla simpatia e cooperazione (1).

All'origine della nostra individualitá v' hanno pochi sentimenti, od *emozioni primarie* (paura, ira, simpatia, ecc.). Come si procede nella evoluzione sociale, per i

---

(1) *Ribot* — La Psychologie des sentiments, Paris, Alcan éd., 1896.

molteplici rapporti entro i quali l'uomo si esplica; tali emozioni si complicano ad idee ed impulsioni, e si ripetono nell'assieme *variamente aggruppate;* da primarie, istintive, fannosi ideali; meno intense, ma più complicate; e così appaiono emozioni, come le morali, ad esempio. Ognuna di queste ultime può generarsi da aggruppamenti, diversi, formatisi in quei *centri d' azione* sopra ricordati, immanenti nei singoli individui di una data epoca rispetto alla *famiglia*, alla *tribù*, alla *casta*, ad es.

Dai primari sentimenti insorgono adunque i complessi, (ripeto) *per opera di codeste produzioni sociali*, per l'insorgenza di classi, ed istituzioni, che, reagendo sugli individui, elaborano, in essi, peculiari atti, sentimenti e pensieri, e li sistematizzano in forme ideo-emotive più elevate. Ne deriva, che, dal lato psicologico, se ci allontaniamo da idee e sentimenti, più vicini e parte dell'istinto sessuale, salendo a tendenze morali ed attitudini complesse; non possiamo, a tutto rigore, mettere quest'ultime, isolatamente prese, in rapporto di dipendenza con l'uno o con l'altro sesso; poichè la individualità sessuale, attraverso il lungo e complicato svolgimento delle nostre anime, è andata, direi, sciolta ed intessuta con altri fattori. E dato pure, che certe qualità morali, o meglio di carattere, di contegno, per ragioni sociali e biologiche, si conservino, ad esempio, marcatamente femminili; non possono, quando trovansi in uomo, sicuramente rivelare in costui, una direzione opposta della vita sessuale; chè, dopo tutto, ogni individuo è la risultante d'interferenze, accumuli e fusioni d'ambo i sessi. Ma di ció meglio diremo nelle pagine seguenti.

∴

Guardiamo appunto l'altro lato del problema, il rapporto fra *istinto sessuale* e *costituzione fisica*.

Senza dubbio tutta la storia animale ci dimostra una corrispondenza fra istinto e conformazione. Quest' ultima, com' é noto, viene modificata dall' *adattamento* di ogni animale ad un peculiare ambiente e genere di vita, da peculiari mezzi adoperati nelle lotte del cibo e dell'amore. I meglio adattati trionfano, i meno vivono breve vita e periscono.

L'istinto importa nell'animale una serie di atti coordinati ad uno scopo. Ora appunto l' organismo è fornito di apparati e conformazioni speciali che gli atti in parola vanno esplicando (1). Conformazione ed istinto sono in intimo rapporto, quasi fossero due aspetti di un fenomeno istesso. L'organismo è qualche cosa di plastico, che nelle sue particolarità rispecchia la rudimentaria psiche. Vero è, che questa non trova nella forma esteriore *completa equivalenza*; si esplica ognora per una successione ed anticipazione di atti; indica qualche cosa di potenziale ed accumulato; va, con la ripetizione, varietà, coordinazione dei movimenti, al di là di ciò, che ne direbbe la semplice conformazione. Bisogna integrare l'elemento statico organico con quello dinamico per intuire dal corpo la psiche.

Del resto le esplicazioni istintive trovano nelle modalità organiche una base e corrispondenza più estesa ed evidente, che non certo la intelligenza nei suoi sviluppi ulteriori.

Ma seguiamo un tale rapporto, anche nella psiche evoluta, come al presente, fra la vita sociale. Vi sono sviluppi muscolari, forme organiche diverse, che po-

(1) *Del Greco* — Sul rapporto in due alienate di mente fra note somatiche e tendenza omicida — Man. mod., 1894.

tremmo dir professionali. Il B r o c a ha osservato negli studenti la media delle curve craniche superiore a quella, che osservasi in altri, non dediti a lavori intellettuali. I pittori hanno occhio squisito, e squisita memoria muscolare. Il rematore è forte di braccia e di torace, le ballerine di gambe: e questa vigoria è riverberata nella forma e sviluppo dell' organo, che lavora.

Quindi tutte le attitudini professionali, viste nel loro fondamento organico, psicofisico, nei movimenti e sensazioni che importano, hanno base, e con l'esercizio fortificano, alcuni organi ed apparati speciali. Senza dubbio il legame tra conformazione e psiche, in questo secondo caso, è assai meno esteso e serrato, che non in quello precedente. Mentre nell'animale istintivo, per raggiungere uno scopo, fanno uopo alcuni atti soltanto, e quindi una conformazione necessaria a ciò, onde non fallire la meta in quel tempo breve e con quei semplici mezzi; nell'animale pensante lo scopo viene raggiunto attraverso una serie di atti, col tempo e la cooperazione di altri individui, e strumenti diversi, che riducono i singoli atti da compiere, li dissolvono in altri, semplicissimi, isolatamente presi; complicatissimi, visti nella loro successione e contemporaneità; epperò fanno meno necessaria la *speciale conformazione.*

Invece che nella forma delle unghie, del becco, dell'ala, che fa gli uccelli, per esempio, l'uno diverso dall'altro, a seconda del loro genere di vita; tale complessità e varietà di forme (la quale importa complessità e varietà di adattamenti) passa nell' uomo dalla periferia al centro, direi. Si accumulano nel cervello umano i residui di esperienze, varie e diverse, che dal lato della conformazione importano organi meno speciali, adatti a movimenti e sensazioni svariatissime, buone, sia all' uno, che all'altro genere di vita. In tal caso la conformazione è assai meno, che per l'istinto, il fedele spec-

chio, il semplice rivelatore della vita psichica, essendo un mezzo, che ha una storia tutta sua propria, ed è in rapporto *mediato,* non *immediato* con la psiche.

Similmente nella evoluzione della scrittura, a quella ideografica e geroglifica di un tempo, si è sostituita la presente, che per sè di immediatamente psichico nulla rivela; come nulla rivelano le lettere algebriche, buone a ricerche di rapporti quantitativi complicatissimi, rispetto ai numeri, e più rispetto agli oggetti, che l'uomo selvaggio od ignorante conta col soccorso delle dita della mano e del piede.

Nondimeno l'attento osservatore può (come sopra abbiamo detto per le conformazioni professionali), anche negli individui evoluti, come i nostri; può, in tutte le forme e gli adattamenti della persona, ritrovare qualche cosa, che ne riveli gl'istinti, le emozioni ed abitudini di vita, ne riveli quella base di attività psicofisiche, meno indefinite e meno connesse alle mobili e lontane idee.

∴

Per tali vedute la conformazione esterna rispetto all'istinto sessuale (istinto avente larga base organica) ha certo una grande importanza. Astraendo dagli organi sessuali primarii, indispensabili alla esplicazione funzionale, quelli secondarii hanno non poco valore. I larghi fianchi della donna, ad esempio, importano ampiezza di bacino; quindi accomodato sviluppo per la forma ed i rapporti dell'utero con gli organi annessi, per la sua crescenza, votamento, ecc.; insomma per le funzioni della maternità.

Notisi frattanto, che alcuni caratteri sessuali secondarii (dando a questa espressione un senso lato, di differenze somatiche fra l'uno e l'altro sesso) è probabile

si sieno svolti *per opera dell' istinto in rapporto allo svariato ambiente sociale.*

Nella donna selvaggia le differenze somatiche con l'altro sesso sono meno accentuate, che nei popoli civili (per la statura, forza muscolare, fisonomia, volume e peso del cranio) (1). L' Angiolella aggiunge che precipuo fattore di tali differenze è stato *l'elemento sociale (2).*

Nella vita selvaggia la divisione del lavoro è molto semplice. La donna segue d'ordinario l' uomo alla caccia, alla guerra, nelle migrazioni, attende ad un' infinità di laboriose incumbenze; ha quindi bisogno di tutto il vigore dei suoi muscoli e della sua persona. Essa porta nelle lunghe marcie sulle spalle i figliuoli, partorisce per via, e subito avanza nel cammino senza pause e riposi.

Nella donna civile al contrario le gravidanze, i puerperii, gli allattamenti finiscono con l' assorbirne molta parte dell'attività (3). Essa si esplica nell' angusto ambiente domestico, attende a lavori, che, sebbene talvolta onerosi, non importano sforzo, lotta, bensì continuata, automatica ripetizione di atti. Può vivere mesi e mesi senza bisogno di moto all'aria aperta. La vita casalinga basta alla sanguificazione, al suo ricambio materiale, ecc. Ne segue, che queste cagioni debbano al certo rinforzare, se non costituire in parte, i fattori determinanti in lei statura più bassa rispetto a quella

---

(1) *Lombroso e Ferrero* — La donna delinquente, ecc: Torino, Bocca, 1893. Ciò é notevole specialmente per la razza malese. Vedi: Canestrini, Antropologia, ecc.

(2) *Angiolella* — La questione della donna dal punto di vista biologico e sociale. Dal Bollettino del Manicomio di Ferrara, 1898.

(3) Sulla questione del predominio morboso (quasi) di tali funzioni nella donna civile, vedi Guicciardi — Parto illegittimo ed infanticidio in una donna degenerata semimbecille. — Rivista sper. Vol. XVIII, 1892.

dell' uomo, cute delicata e sottile, predominio del sistema linfatico-venoso, adipe maggiore, e le caratteristiche conformazioni anatomiche, esterne ed interne, adattate alla maternità.

Bisogna inoltre considerare, che nella donna è stimata molto la bellezza, e ciò, sia nei popoli civili, che in quelli barbari. I mezzi di seduzione, gli accorgimenti e astuzie, assieme alla bellezza, hanno fatto alla donna conquistare senza dubbio un posto, superiore a quello, cui le avrebbe destinato la semplice parte, assegnatale dalla divisione del lavoro sociale. A determinare e svolgere in lei questi ultimi caratteri (di bellezza e seduzione), non sarà stata estranea una certa « scelta sessuale » (1).

La funzione erotica adunque, considerata in tutta la sua storia (amore, seduzione, maternità), ha, nell' ambiente sociale, acquisito alla donna alcune note somatiche e psichiche. Di tali acquisizioni la funzione sessuale non è causa semplice, immediatamente generatrice, diretta. Sotto l'urto della funzione in discorso, un complesso di fattori fisico-sociali ha operato sull'organismo; che, reagendo, per condizioni e leggi proprie si é plasmato in questo o quel modo. Quindi tra la *funzione* od istinto sessuale da una parte, e le acquisite *particolarità di conformazione* dall'altra, vi corre uno spazio, riempiuto da svariate altre contingenze (fisico-sociali e di adattamento organico), che fanno appunto da strato intermedio fra causa prima ed effetti ultimi. La funzione sessuale, per esplicarsi, ha influito sulle condizioni fisico-sociali, e queste di rimando su essa e su molte parti dell'organismo. Tale funzione é riuscita ad esplicarsi costantemente, in quanto ha visto piegato a sé gli altri lati organici. Frattanto i mutamenti, indot-

(1) *Canestrini* — Antropologia. Manuale Hoepli, 1898.

ti in questi ultimi (alcuni caratteri sessuali secondarii), poichè non hanno avuto a causa *diretta* la funzione in discorso, potevano bene, *isolatamente presi*, originarsi per altre e diverse cagioni, quando si fosse per alcuni di essi riprodotto quel peculiare *convergere* di circostanze ultime ambienti ed organiche, cui prima fu origine l'impulso sessuale. Epperò la isolata presenza di qualcuno dei caratteri, sopra ricordati, in persona dell'altro sesso non è segno necessario di una opposta direzione dell'istinto in parola (1).

∴

Adunque non reca meraviglia, se talvolta è deficiente ogni esatta corrispondenza, tra conformazione e determinato istinto sessuale, negli uomini evoluti come al presente. Senza dubbio una somma di note somatiche e psicologiche indicano l'uomo o la donna. Ma possono benissimo, per le innumeri contingenze e cause perturbatrici, cui tali note vanno incontro, comparire *in parte* nel sesso opposto; senza che per questo la specificità, la particolare direzione dell'istinto sessuale, venga profondamente turbato. Non turbato profondamente, è vero; ma una certa modalità essi caratteri opposti (allorchè sieno molteplici, e non si connettano ad altre e bene

---

(1) Tale conclusione possiamo ritenerla esatta, perchè di ovvia esperienza, anche al di fuori delle idee, che la precedono. I caratteri sessuali secondarii, in parte soltanto, vengono generati in funzione dello ambiente fisico sociale; ma ancora per opera di cause biologiche profonde, appena dalle presenti ricerche intravvedute. Essi osservansi in animali viventi vita isolata, e talora in forme assai basse della vita (dimorfismo delle piante, diversità in alcuni molluschi, ecc.). Sono celebri gli studii del Darwin in proposito. E dietro lui v'ha una folla di osservatori moderni. Così dicendo, non nego punto l' alto valore dell' elemento sociale per l'uomo, su cui ha recentemente insistito l'Angiolella.

determinate cause: razza, genere di vita, ecc.) debbono indurre nei sentimenti, impulsi, od imagini; negli stati d'animo, che accompagnano la esplicazione istintiva. Ove ciò non si verifichi, ne lascerà sospettare l'insorgenza di un *elemento perturbatore*, mentale o biologico, che spezzi del tutto, disordini profondamente ogni legame tra psiche e forma. E così, per gradi diversi, siamo penetrati nei casi patologici. Quivi osservansi uomini, che, pur avendo caratteri sessuali primarii, hanno alcuni dei *secondarii ed il modo di esplicarsi della funzione*, diversa, come se fossero donne. Talvolta individui, con tutto l'aspetto esterno maschile o femminile, si mostrano deviati nel modo di sentire od operare. In questi ultimi casi possono mancare gli organi sessuali interni caratteristici (testicoli per l'uomo, ovaie per la donna): ovvero, pure essendovi gli organi del proprio sesso, si notano non perfettamente atrofici quelli dell'altro (1).

Ma tutti questi casi non sono frequentissimi: d'ordinario sembra non vi sieno inversioni somatiche (esterne per lo meno) evidenti, malgrado che psichicamente l'individuo sia deviato.

Senonché, in rapporto al sesso, non conosciamo le disposizioni dei sottili organi nervosi centrali. Ed in tali regioni potrebbe aversi ad osservar qualche cosa. Coloro, i quali dicono, come il Magnan, che gli uomini invertiti sono individui con organi maschili e cervello soltanto da donna; se formulano in modo un po' troppo alla grossa la loro idea, dopo tutto argomentano in vista delle precedenti considerazioni.

---

(1) Ricordo, che il De Crecchio nelle sue « Lezioni di Medicina Legale » parlava di aver osservato un uomo, sessualmente invertito, con aspetto, organi e voce maschile, senza testicoli allo scroto, e che alla autopsia fu trovato con utricolo prostatico sviluppato ed accenni di ovaie.

Il Krafft-Ebing ha studiato casi d'individui, aventi tutto l'aspetto virile; eppure con *sensibilità e contegno femminile* in questioni sessuali, malgrado poi che nelle altre faccende della loro vita fossero uomini capaci, e spesso d'alto valore. Questo fatto della *sensibilità* merita considerazione: alcuni degli individui in esame sentivano alle regioni sessuali, come se fossero donne (1).

Un tale fenomeno ne lascia supporre anomalie anatomiche negli organi sessuali interni, nei centri nervosi spinali od encefalici; ovvero è una proiezione eccentrica di *imaginazione pervertita*, a causa di stimoli, non periferici, ma *ideativi*?

S'impone quindi per tali individui lo studio del sistema nervoso centrale in rapporto al sesso. Pur troppo sull'argomento le cognizioni nostre sono ipotetiche, se non addirittura negative.

Lo psicologo ha davanti a simile indagine un gran mezzo, ed è l'attenta disamina della *imaginazione* del soggetto, dei sogni, delle primitive tendenze ed impulsi, di tutto quello assieme di manifestazioni psicologiche, spontanee, che sembrano emanazione diretta dell'organismo individuale, avanti che l'opera delle contingenze ambienti fisico-sociali abbia su esso indotto modi e complicazioni importanti.

Del resto la difficoltà di un simile studio risiede appunto in questo lavorio di selezione, fra ciò che è portato originario, e quanto dimostrasi effetto delle condizioni ambienti. La imaginazione è qualche cosa di mobilissimo e complesso, è il foco, dove si annodano raggi, partenti da vie opposte. I fatti esterni sono in essa riverberati a seconda delle nostre tendenze, e queste ultime vi prendono forma e corpo di fenomeni oggettivi.

(1) *Krafft-Ebing* — Op. cit.

IV.

Le altre teorie a complemento della prima, adolescenza, evoluzione dell'amore, cause perturbatrici ambienti, neurastenia. Rapporto tra fattore originario e sopraggiunto nelle inversioni sessuali, individuo ed ambiente, contingenze sociali e morbose quali fattori sopraggiunti, inversione acquisita. Interpretazione psicopatologica del masocismo, sadismo, feticismo, venere solitaria e onanismo, pederastia, necrofilia; le associazioni di contrasto e la cenestesi.

Per riuscire ad un'adatta comprensione dei fatti ed individui in esame, bisogna che la teoria del Krafft-Ebing, riposta nello studio del lato costituzionale, si integri con quelle dei Binet, Lombroso, Penta, Venturi, ecc., le quali (siccome più avanti diremo) insistono sulla *imaginazione* e sulle *contingenze, entro cui si attua la funzione amorosa.*

Da un simile punto di vista è importante la ricerca delle *prime manifestazioni erotiche,* che in alcuni individui appaiono di buon'ora.

Da quelle prime impressioni ed idee sessuali all'atto compiuto corre un periodo di desiderii e tentennamenti, su cui le circostanze esterne hanno non di rado una influenza decisiva. In tali condizioni si fissano nella mente alcune intense impressioni, residui d'atti, sensazioni ed idee, che, al riprodursi d'ogni bisogno erotico, sorgono di nuovo. Una fanciulla, a cui si rivelò dapprima l'atto sessuale in tutta la sua brutalità, per anni diversi ebbe in forte antipatia gli uomini, e solo, a giovinezza inoltrata, potè, col magistero dell'amore, rientrare nel sentire comune.

Negli uomini delle classi agiate la funzione sessuale,

per le tristi condizioni educative, in cui versa la società contemporanea, prende spesso un indirizzo abnorme: così gli amori di collegio, con persone troppo vicine per parentela, ecc. E ciò nei casi fortunati, allorchè non si è preda d'individui maturi e perversi.

L'istinto sessuale, appunto per il modo di comparire, quale tendenza vaga, eppure intensa, in una età ebbra di sogni e presentimenti indefiniti; ha in questo suo carattere di *indeterminatezza* il pericolo di invescare l'individuo per male vie. E' la prima adolescenza, come un periodo di esitazione sessuale, non soltanto per la psiche, ma ancora per l'organismo. In essa vedesi talvolta apparire negli uomini, l'*isterismo*, morbo caratteristico delle donne.

Il Luzenberger ha studiato un individuo con frigidità sessuale, generatasi per vive impressioni di disgusto e dolore, provate a sei anni, nell'unirsi a persona dell'altro sesso (1). Il Carrara in una recente nota ha descritto un caso, che sta a dimostrare, come sieno tenaci simiglianti impressioni. Trattasi di un uomo, che vive vita coniugale ed apparentemente regolarissima. Pure di tanto in tanto ama bazzicar con prostituta, che gli procura l'orgasmo venereo più vivo, riproducendo una scena, la quale dovè rimontare alla sua infanzia, ed a cui si associarono le sue prime impressioni erotiche (2).

Man mano con l'adolescenza, assieme allo sviluppo dei caratteri sessuali primarii e secondarii, la imaginazione si fa in tali cose vivissima ed operosa. In nature elette va di conserva con lo svolgersi della intelli-

(1) *Luzenberger* — Meccanismo dei pervertimenti sessuali e loro terapia — Roma, Capaccini ed.

(2) *Carrara* — Un caso di feticismo masocistico psichico. Archivio di Psich. ecc., f. XV. Vol. XIX, 1898.

genza, dei sentimenti estetici; devia il calore del desiderio nei sogni dell' Arte. L'Arte è educativa: anche considerata nelle sue forme più umili è ognora la stessa. Suscita fin nei canti popolari, nelle danze, nelle musiche, nei giuochi, tutta una serie di emozioni, che conciliano l'adolescente alla vita, e ne elevano, rendono spirituali le calde ebbrezze del senso. Vero è, che il carattere idealistico dell'amore, se è troppo accentuato e conservasi nella giovinezza e ad età matura; quando non sopprima del tutto l'amore, finisce con l'essere morboso. Così è abnorme il contrario, un amore troppo sensuale. Talvolta i due modi di amare vanno assieme, senza confondersi; come vedesi in Fausto, con la imaginazione volta ai più alti concepimenti, e Mefistofele accanto, che lo tira fra le orgie delle streghe. Fausto ama Margherita da poeta; ne abusa; l' abbandona al suo destino malgrado un certo rimorso; e poscia insegue la forma ideale della eterna bellezza.

L'amore normale é al contrario quel sentimento complesso, in cui si riepilogano ambo le direzioni (quella idealistica e sensuale); esso é impulso, tenerezza, simpatia verso persona dell'altro sesso, é la risultante di stati d'animo non agevoli a discriminare compiutamente; é il primo inizio, la splendida aurora della famiglia, sì che poscia reclina in un dolce sorriso sulle teste ricciute dei figliuoli.

Sventuratamente, come sopra ho detto, un cumulo di fattori e circostanze esterne tende a strozzare (già dall'inizio) questa evoluzione; ad arrestarla qua e là; a mettere non di rado in luce intensa un lato solo dell'amore, l'amplesso; il quale non è che un momento del tutto, e gioverebbe restasse confuso tra i veli del pudore. L'atto sessuale, perchè bisogno istintivo, fatale, sarebbe bene si svolgesse in una semicoscienza; fosse la segreta opera del genio della specie (direbbe lo S c h o-

penhauer), che non lascia invano precipitare l'ora fuggevole, mentre la fiaccola della vita brilla luminosa.

Ogni inceppo ed ostacolo alla esplicazione di un tale complesso di sentimenti, idee ed azioni, è cagione di anomalie; reagisce sull'accesa fantasia e matura deviazioni, leggere o gravi, da cui è difficile ne scampi appieno l'individuo odierno delle classi semiagiate, celibe a lungo ed affaticato nel sistema nervoso.

La neurastenia infatti, indebolendo il piacere dell'attività, fa minore ogni godimento *attuale* davanti a quello *fantastico;* che moltiplica i suoi trovati, e pervertisce non soltanto la funzione, ma tutto un gruppo di sentimenti, che ad essa si collegano.

Quindi le difficoltà esterne, le suggestioni perverse, imposte non di rado dall'ambiente in una età piena di esitazioni ed incertezze, come l'adolescenza; la viva partecipazione imaginativa e della intelligenza nel costruire in anticipazione piaceri non provati; l'esaurimento nervoso, che mentre affievolisce la vivezza percettiva, dà al rappresentato carattere di realtà: questo assieme di circostanze può bene gravemente pesare sulla bilancia dell'amore, e dissolverlo, allontanarne il ridente nume.

* * *

A questo punto sorge una grave questione. Quanta parte devesi nella genesi delle perversioni sessuali all'ambiente esterno fisico-sociale, quanta al fattore originario, di predisposizione?

In altri termini questo predominio imaginativo, questo inseguire piaceri irrealizzabili o perversi, si spiega tutto con la imitazione, e le condizioni neuropsichiche imposte dall'ambiente sociale, ovvero non può verificarsi al di fuori di una predisposizione originaria e costi-

tuzionale? Quelle prime impressioni abnormi, le deviazioni dell'incerto adolescente, rimangono salde in qualsiasi individuo posto nel medesimo ambiente, ovvero in alcuni soltanto?

Il Moll sostiene, che la *inversione* è quasi sempre congenita. Nei rari casi d'inversione acquisita egli dice, che trattasi di *ermafroditismo psichico*, su cui l'imitazione, l'esaurimento nervoso, ed in genere le comuni cause determinanti, *hanno operato da stimoli, non da fattori*. Davanti all'obiezione, per esempio, che alcuni vizii (come la pederastia) non sono rari fra persone del clero cattolico, appunto perchè costrette ad una castità agevole a praticare; egli risponde, che lo scegliere tale professione è già segno di freddezza verso le donne; che tra quest'ultima e l'omosessualità è breve il passo (1). Una simigliante considerazione può essere acuta, ma non adatta a spiegare tutti i casi. Ragionando a questo modo, si finisce col girare le difficoltà, e supporre formate all'inizio cose, di cui bisogna ricercare appunto la genesi e sviluppo.

E stando all'esempio in questione diremo, che dall'autore vengono disconosciute *tutte le circostanze e pressioni esterne*, che determinano moltissima gente, nata in alcuni paesi e di cultura umile o media, ad abbracciare la professione ecclesiastica.

Ora tutte le possibili circostanze bisogna tener bene a mente, quando si voglia giudicare il valore dei fattori esterni ed originarii nella genesi d'ogni anomalia sessuale. Se questa rendesi frequente in alcune classi di individui, in determinate occasioni; senza escludere ogni altro fattore diremo, che è possibile da esse occasioni abbiano radice negli individui stati d'animo, al-

---

(1) *Moll* — Uranismo e prostituzione mascolina — Capaccini, ed. Roma, 1897.

euni sentimenti ed abitudini somato-psichiche, volte a dare una piega abnorme all'istinto.

Nei paragrafi antecedenti abbiamo veduto, che la vita sessuale, anche considerata da un punto di vista assolutamente organico, non è qualche cosa di fisso, determinato.

La presenza di organi sessuali primarii dà al sesso una speciale direzione. Ma in qualsiasi individuo non mancano organi secondarii dell' altro sesso, in arresto sentimenti e tendenze opposte; che potrebbero ingigantire in un dato momento ed in dato ambiente.

Inoltre noi non dobbiamo concepire l' organismo, come qualche cosa di puramente isolato, sciolto dai suoi nessi fisico-sociali. Tutta la biologia moderna, dal Von Baer al Darwin, ha dimostrato, che il prodotto funzionale è la risultante dell' elemento originario in sintesi con quello d' ambiente.

La funzione si dimostra funzione, in quanto esplicasi con una serie di fenomeni in mezzo ad un determinato ambiente; e quindi bisogna che da esso abbia accolti o respinti molteplici elementi, onde raggiungere gli aspetti di cui risulta. L' ambiente *realizza* la funzione, che, a seconda di esso, prende una fisonomia peculiare. Senza vegetali non avremmo fiori; ma ancora non l' avremmo senza aria, senza luce, senza primavera.

L' individuo é la *risultante* del passato e del presente; della eredità, di ciò che porta l' organismo di originario; e delle condizioni presenti, vive, palpitanti nel l' ambiente. Nel giro organico individuale svolgesi un dramma tra gl' immediati effetti di ambiente, e quanto è in potenza, quanto è espressione del passato e tende ad estrinsecarsi. Da un simigliante attrito si generano quelle esplicazioni organiche e psichiche, di cui *appunto risulta l' individuo.*

Quindi allorchè nella ricerca in parola si dà impor-

tanza a condizioni acquisite, in intimo legame con fatti esterni, dopo tutto non si afferma nulla d'estraneo all'individuo, che *diviene* nell'ambiente, e per questo manifesta disposizioni e stati d'animo.

Il partecipare della *intelligenza* ed *imitazione* nelle faccende sessuali dimostra chiaramente una tal cosa. Nella imaginazione (come sopra ho detto) si rispecchia ciò che di originario emerge in noi, ma ancora quanto è provocato dal di fuori. E l'uno e l'altro si rivelano, in noi, *concretati in un tutto,* in stati d'animo e disposizioni psichiche, che hanno maggiore o minore forza e persistenza, a seconda della maggiore o minore *radice originaria (* intendendo con simili parole assai cose); ma che possono ancora, con questa tenuissima, reggere a cagione della presenza di stimoli e fattori ambienti.

Non pare v'abbia individuo al mondo, tanto definito sessualmente, che non conservi (siccome altrove ho ricordato) qualche residuo dell'ermafroditismo embrionale, non abbia in potenza disposizioni dell'altro sesso. L'istinto sessuale, appunto per la sua impetuosità, perchè oscura tendenza non del tutto cosciente, prende, in sulle prime, la via che gli si para innanzi.

Esso tocca ogni forma definita ed estrinsecativa nella imaginazione: campo, ove riflettonsi le influenze esterne più diverse.

Queste ultime possono bene essere tali da volgere il primo per tortuoso cammino, da rinforzarne alcuni lati, e renderne atrofici altri (quelli appunto normali). E ciò specialmente in uomini, tocchi da labe neuropatica, in cui v'ha tendenza alle idee fisse, a quella variopinta scena di desiderii ed impulsi, che non di rado si associano per *contrasto,* e movono il tutto per direzioni fortemente opposte.

Abbiamo detto altrove, che, per la evoluzione sociale, la

donna antropologicamente siasi più ostesamente distinta dall' uomo. Nel presente stato di civiltà la vita sedentanea, una convergenza o medesimezza d' abitudini, tendono ad avvicinare i due sessi, e quindi forse ad accrescere le incertezze ed anomalie.

Conchiudendo diremo, che l' opinione del Moll può considerarsi del tutto vera nei casi gravi, in cui la inversione é ostinata, lampante; ma nei casi più tenui, di leggero ermafroditismo psichico, ovvero di transitoria omosessualità, o meglio, di semplici pratiche abnormi senza un carattere di individualità sessuale definita; uno speciale ambiente e l' aggravarsi di molteplici condizioni (di neurastenia ecc.) *possono molto;* in alcuni casi determinare la insorgenza, in altri produrre fatti, che altrimenti sarebbero restati in germe, senza estrinsecazione alcuna, o perduti nell'indistinto delle oscillazioni d'ogni organismo ed individuo sessualmente normale. Senza dubbio v'ha gente in vario grado ed in vario modo predisposta alla omosessualità: ma *predisposizione* non equivale ad omosessualità *allo stato latente*, chiusa in capsula, come l'homunculus degli embriologi d'una volta; tanto meno ad omosessualità in *atto* (1).

(1) Veramente una simigliante questione deve essere risoluta con l'attento studio dei casi di omosessualità, transitoria od acquisita. Una discussione a base di fatti di diverso ordine é del resto utilissima. Molte cose sono viste, o non, a seconda delle idee e della critica di chi osserva. Per evitare malintesi, alcune parole bisogna definirle bene. In clinica psichiatrica non possiamo limitarci all'osservazione pura soltanto. A noi presentasi in ogni singolo caso un complesso di fatti ribelle ad adeguata analisi sperimentale. È inevitabile quindi (ove si voglia toccar di certe quistioni) *ragionare*, servendosi di cognizioni, varie e diverse. Ne derivano conclusioni, indicanti fatti *probabili*, non *certi*. Ed i fatti probabili sono anticipazioni, guida al moto della ricerca.

In tutte le precedenti considerazioni ho tenuto quasi sempre in vista il fatto dell'inversione sessuale, come quello che è il fondamentale, il perno fra gli altri descritti dagli autori.

Il Krafft-Ebing parla, di *inversione sessuale*, sia nell'uomo, che nella donna, con modalità e gradazioni diverse; e poi di *masocismo*, *sadismo*, *feticismo*. Altri autori parlano infine di *necrofilia*.

Egli dice *masocismo* un'anomalia sessuale, consistente in ciò, che l'uomo non prova orgasmo venereo, se non prima viene fortemente battuto dalla donna. E' un fenomeno complesso, che può interpretarsi come attutimento della funzione sessuale, cui urgono le percosse, specialmente alle reni per accendersi; ed insieme come non lontano da una certa inversione nell'uomo, dal momento che costui ha nella copula quasi una parte passiva; amando di essere sopraffatto dalla donna, malmenato, oppresso.

In questa soggezione ed avvilimento, assai risentiti per le battiture, che, se stimolano le reni, cagionano dolore; in questa scena, in questo stato dell'animo e della torpida sensibilità, sferzata a sangue; l'uomo ritrova finalmente l'estro e la potenza sessuale. Il masocismo non è raro fra gl'invertiti (1).

Viceversa il *sadismo* notasi, quando l'uomo si fa crudele verso la donna, e gode, eccitato sessualmente, percuotendola, spingendosi fino alle ferocie del Verzeni e di Iack lo sventratore. In questo caso appare l'istinto in fase attiva, e scevro da quei sentimenti di tenerezza, che accompagnano l'amore, anche quando dagl'impeti della passione declina nell'amplesso fecondo.

(1) *Moll* — op. cit.

In proposito è bene ricordare, che il Mantegazza trova nel volto umano la espressione della libidine molto vicina a quella della crudeltà (1).

I sadisti sono gente brutale, e confinano con l'omicida geloso e con lo stupratore (2).

Il *feticismo* è una anomalia d'altro genere. Alla persona amata viene sostituita una parte di essa; e si ha l'eiaculazione, toccando uno stivaletto, una mano, i capelli, ecc. L'atto sessuale è raccorciato, rudimentario: vengono escluse tutte le azioni intermedie, e basta il primo termine della serie per determinare l'ultimo.

Indagando la vita sessuale anteatta del paziente si trova non di rado qualche evento, per cui i capelli, lo stivaletto, ecc., rimasero associati ad una intensa sensazione erotica; e la presenza dell'uno ora richiama l'altra. E' adunque in tale caso la ripetizione di una passata esperienza. Anche gli amanti normali sciolgono canzoni ai begli occhi, alle chiome, alla mano della loro diletta. Nel feticista vi é perversione dell'amore, sparito del tutto, ridotto alla pura manifestazione dell'istinto nella sua forma più elementare dell'accoppiamento; ma di un accoppiamento fantastico, direi quasi allucinatorio, sotto l'impero del simbolo o feticcio (predominio di alcune associazioni psicologiche,

---

(1) *Mantegazza* — Fisionomia e mimica — Milano, 1889.

(2) Conosco un epilettico, in cui gli accessi si esplicano di rado con moti convulsivi, bensì con eccitamento sessuale in istato di subcoscienza. Qualche bicchiere di vino in più, la masturbazione esagerata, un improvviso mutamento nella temperatura ambiente, ecc., determina lo scoppio dell'accesso. Fosco in volto, egli sentesi spinto ad incesti, a turpitudini sessuali enormi; e l'eccitamento erotico si accompagna a crudeltà, a smania di sfregiare e percuotere. Tornato alla calma, egli ha parziale ricordo del fatto, e mostrasi umile, pauroso, obbediente, un pò ipocrita, semimbecille, inetto al lavoro. É sempre egoista e manchevole negli affetti.

Binet; coito paradossale, Lombroso; coito rudimentario, Penta).

Dell'*onanismo* e della *venere solitaria* (ruminazione fantastica oscena) diremo anche altrove (1).

La *pederastia* non è sempre compagna d' inversione sessuale. Talvolta può considerarsi una semplice pratica occasionale, in determinati ambienti; e in altri casi dirsi non lontana dal sadismo (se attiva ed in forma di stupro), o dal masocismo, quando è passiva; anzichè venire ritenuta esplicazione sincera della omosessualità. Vero é che essa trovasi frequente in questi ultimi casi. Nondimeno il Krafft-Ebing, il Moll, il Raffalovich (2), ed altri, parlano di omosessuali, disgraziate creature, cui la nobiltà del carattere, malgrado quella triste lacuna, allontana da simiglianti turpitudini; ed il loro modo abnorme di sentire esplicasi non di rado in aspirazioni e piaceri fantastici, celati agli altri, e che dall'onanismo traggono sostegno e concretezza.

Non é opera agevole interpretare, mercé i casi finora conosciuti, la *necrofilia*, questa orribile deviazione sessuale.

---

(1) Queste due ultime anomalie, che fra loro quasi si completano e sostengono, di spesso si aggiungono al feticismo.

Nel feticista, assai più che nell' infermo di onanismo, basta la presenza di un semplice stimolo visivo per sostenere la reviviscenza di una serie di imagini, moti iniziali e sensazioni, *tanto vive e diffuse* nell'asse cerebro-spinale ed alla periferia, da sostituire le sensazioni e (talvolta) i movimenti del coito reale.

È un abnorme stato nervoso e della *imaginazione*, presso cui rendesi agevole nei casi normali la reviviscenza d' imagini ed idee, di stati d' animo; ma tutti abbreviati, scoloriti, in forma schematica e simbolica, non di rado sostenuti dalla parola e dalla espressione fisiognomica, e dal gesto; giammai nella loro esuberanza primitiva.

Vero è, che nel feticista, anziché il pieno svolgimento di tutto questo assieme di stati d'animo, se ne ha meccanizzata la successione, la diffusione nervosa dal centro cerebrale alla periferia, sino alla eiaculazione.

(2) *Raffalovich* — Uranisme et unisexualité — Storck éd., Lyon-Paris.

Ha qualche cosa dello stupro, per il modo segreto, violento, con cui tale atto è compiuto. Inoltre l' infermo per esso non cerca quelle calde impressioni di vita e movimento, che ogni animale trova nell'amplesso. Egli piegasi sulla fredda immobilità della morte. Da questo punto di vista, pare, vi sia analogia con altri fatti, come il sentir propensione, ad esempio, verso persone brutte, orride; ed (in diversa sfera istintiva) il godere di cibi ributtanti e lordure. Tutti questi fenomeni importano il predominio delle *associazioni di contrasto*. L'istinto é stimolato dalle impressioni, che lo sopprimono; o meglio il piacere, involto nella esplicazione istintiva, è reso più acuto da impressioni che contro questa protestano. Nella necrofilia vi è un piacere di ribellione, non soltanto a leggi umane e divine (direbbe qualcuno), bensì a percezioni ed impressioni sostanziali, comuni a qualsiasi essere vivente. Nella necrofilia v'ha un misto di feroce ed orrido. E' davvero una violenza contro natura.

In tali condizioni adunque raggiunge il mostruoso, il paradossale, quel *predominio di associazioni di contrasto*, che in psicopatologia trovasi frequentissimo, e nella genesi di non poche frenosi ed anomalie sessuali deve avere grande efficacia. L'associazione di contrasto è riposta in ciò, che la presenza di una idea, oppure di un sentimento determina l'insorgenza dell'idea e del sentimento antitetico: i due termini, contemporanei o successivi, non riescono ad eliminarsi dall' ambito cosciente e traggono dal loro antagonismo maggiore distinzione e tonalità (1).

Un umile piissimo lipemaniaco si vede assediato da

---

(1) *De Sanctis* — I fenomeni di contrasto in psicologia. Atti della Soc. Rom. di Antropologia, 1895.

lubriche imagini; un paranoico, onesto padre di famiglia, è dai persecutori convinto di innominabili turpitudini; una madre, che adora il figliuoletto, sente una voce che le impone di ucciderlo. E talvolta segue la uccisione con fatale necessità. L'individuo, inetto ad eliminare il tristo pensiero, l'ha esplicato, come se per opera di superiore potenza.

Non è il caso di studiare, a grado, a grado, le origini ed il meccanismo di tali fenomeni, evidenti ancora, benchè tenui, nella vita normale, e che in quella psichica abnorme fannosi giganti.

Giova ricordare soltanto, che il Bain trova il contrasto implicato fin nel processo originario della intelligenza, nell' « atto discriminativo ». Il Baldwin (1) (come pure il Fouillèe) fa osservare, che nel fondo della nostra individualità psicofisica vi è una perenne oscillazione del sentimento, in rapporto all'*esplicarsi* delle energie neuropsichiche (piacere ed attività), od al *restringersi* su sè stesse (dolore ed inibizione). Queste perenni oscillazioni ne ricordano i moti dei primi esseri protoplasmatici, che ora tendono, allungano i pseudopodi verso l'alimento, ora si contraggono e raccolgono. I fisiologi trovano una base chimica a simiglianti fenomeni (2). Tutta la nostra vita mentale si è plasmata, svolta, dice il Baldwin, su queste condizioni dinamo-nervose antitetiche. Non meraviglia quindi, aggiungo dal mio canto, che le rappresentazioni ed idee, simboli, residui (come nota il Fouillée) di passate esperienze, nel loro modo di esplicarsi le ripetano, portino la legge di questa opposizione fondamentale.

---

(1) *Baldwin* — Le développement mental chez l'enfant et dans la race. Trad. franc. Paris, Alcan, éd. 1897.

(2) *Verworn* — Fisiologia generale. Trad. it. Bocca ed, 1898.

In altro lavoro ho tentato, applicando simili idee, di meglio interpetrare alcune psiconeurosi e degenerazioni della individualità (1).

Senza dubbio gioverebbe molto svolgerle compiutamente, seguire il fatto dell'antitesi dalle origini chimico-biologiche ai fenomeni psichici più elevati, allorchè rendesi tenue nella intelligenza normale, o si esagera in quella morbosa. Percorrere questa lunga serie di fatti, notandone le lacune, le critiche, e gli argomenti che la completano, sarebbe al certo opera utilissima.

V.

Sintesi, evoluzione istintivo-erotica normale e connessioni con le anomalie e psicosi sessuali. Significato della degenerazione nel meccanismo della evoluzione. Anomalie e psicosi sessuali in rapporto alla pazzia e criminalità; analisi delle forme psicopatiche e della criminalità originaria in rapporto al carattere, temperamento e costituzione. Classificazione delle psicosi ed anomalie sessuali in rapporto a questo triplice ordine di fenomeni.

Eccoci adunque discesi nella trista bolgia delle turpitudini erotiche, dove menano vita affannosa tanti infelici, colpiti dal ribrezzo e dallo spregio degli altri uomini!

E questa rapida occhiata ci dimostra, come le deviazioni erotiche, dopo tutto, per gradi indefiniti vadano congiunte allo istinto normale. Questo ultimo deve essere visto in rapporto a tutta la personalità; alle idee, affetti e tendenze, che lo precedono, seguono ed accompagnano nella nostra vita sociale; in rapporto alle età ed alle circostanze peculiari del soggetto. E' merito appunto del Venturi avere, nelle sue ricerche psico-

(1) Temperamento e carattere nelle indagini, ecc.

patologiche, considerato in tal modo l'istinto in parola, connettendolo da una parte alle aspirazioni dell'adolescenza, ed all'amore, propriamente detto, dall'altra agli affetti di famiglia (1). E così ne ha dato il mezzo di vedere i precipui momenti, di cui tale complessiva evoluzione] risulta: momenti, che, accentuandosi per ragioni diverse, si fanno talvolta la prima radice d'ogni anomalia e perversione sessuale.

Così un amore, non a ventanni, ma che generasi ad età matura, scevro da sentimenti di famiglia, dall'affetto verso la prole, è un fuor di luogo, è l'apparizione in altra età di una prima fase dell'amore e segno di carattere abnorme. Vi è tutta una letteratura, che ha cercato di giustificare l'amore, come affetto isolato ed onnipotente, dalla Novella Eloisa e dal Renato fino a molti romanzi contemporanei. Questa letteratura, se per alcuni lati è andata affinando non pochi sentimenti, spesso unendosi ad una fiera, eroica protesta davanti alle ingiustizie sociali (come nei primi drammi dello Schiller); dall'altra ne ha lesi ben altri. L'osservazione psicologica infatti dimostra, come tali affetti dominatori si impernino su nature squilibrate, e sieno radice di adulterii e delitti. Il prete in tali contingenze non ha torto, quando dice l'amore peccato; chè, visto gigante, fuori della sua storia, dagli affetti che lo precedono e seguono, dall'alta finalità che include; è l'amore un fenomeno puramente egoistico, antisociale, quindi immorale.

Ugualmente la venere solitaria, normale come osserva il Venturi, nella prima adolescenza; allorchè continuasi negli anni, rappresenta la tendenza erotica, dissociata ed in arresto, *che non riesce ad esplicarsi*,

(1) *Venturi* — op. cit.

ed è lievito inseparabile d'ogni male sessuale. L'amante timido, incerto, è ad essa predisposto ; come l' amore, che, in sul nascere, dissolvesi e palpita fra mistici rapimenti o delirii. Da un amore, inevoluto, spezzato, seguono talvolta idee e propositi di vita, alti e nobilissimi. Vi è una scala indefinita di forme e stati d'animo, che, complicandosi ognora per altri elementi, ne porta dalle anomalie alle più elevate idealità, le quali sembrano rimote tanto da ogni basso impulso, condizioni puramente spirituali: eppure in esse vibrano ancora elementi, che ne ricordano qualche loro umile radice. La *venere solitaria* (che quasi sempre trova nell'*onanismo* esplicazione e stimolo) è una fermentazione erotica *imaginativa,* in cui si delineano *tendenze,* insorgenti dall'oscuro fondo organico, verso l'uno o l'altro sesso. Abbiamo visto, come la *inversione* talvolta si riveli da *note somatiche* e *tendenze,* desiderii, che appaiono in date età ed in date circostanze, sono inconscie rivelatrici di una peculiare costituzione: tendenze, che, influendo sopra una *imaginazione* eccitabile, disgregata, volta ad idee fisse ed associazioni di contrasto, maturano fra le ebbrezze di questa, vi raggiungono una forma bene definita dal lato rappresentativo-motore. Sì che l'atto anomalo risultante è il locus minoris resistentiae della esplicazione erotica.

Abbiamo visto la grande influenza, che alla genesi della omosessualità hanno le *circostanze esterne,* rinforzando alcune disposizioni e tendenze, mercè la imitazione, mercè suggestioni, varie e diverse, il predominio fantastico e l'esaurimento nervoso. Ogni individuo ha in sé una sessualità doppia, l'una svolta ed attiva, l'altra atrofica, qualche volta latente. Ne segue, che per tale ragione gli amori normali istessi possono variamente colorirsi, e rivelarne, ad esempio, uomini, che sono timidi amando, pieni di tenerezza, quasi passivi;

mentre v'hanno donne, benchè tali, acerbe ed imperiose nell'amore. Spesso una latente inversione delineasi nel canto del poeta, nel pensiero del filosofo. Von Hartmann spiega la concezione in Nietsche del superuomo, dicendolo, fra le altre cose, un invertito, che insegue non l'eterno femminile, ma l'eterno opposto (1). Il Lombroso vede nelle donne maravigliosamente scolpite dal divino Michelangelo la tendenza verso forme virili, non feminee. Può darsi, che l'uno e l'altro sieno stati normali nella pratica erotica, pure avendo in germe una tale deviazione. Questa, ripeto, può bene restarsene latente, in arresto, dando un colorito speciale all'esplicarsi della seduzione e dell'amore; e solo nei casi, in cui tali dirette esplicazioni vanno contrastate, per malattia e circostanze diverse, accentuarsi ed apparire nella piena area cosciente.

Abbiamo in seguito affermato, come il *feticismo* sia una perversione, una caricatura sensuale del feticismo, che ogni amante ha per le forme e gli obbietti dell'amata, e s'inizii da una percezione visiva; riepiloghi tutta una successione di stati d'animo ed atti, rinascenti fuori d'ogni stimolo ed esplicazione adeguata, quasi in maniera allucinatoria. Abbiamo detto infine, come il *masocismo* mova da una certa inversione ed ottusità sensuale; il *sadismo* dal fondersi di sensazioni erotiche con impulsi criminali. Osserva il Näcke, che la tendenza a graffiarsi, a mordersi, e percuotersi di alcuni amanti nell'atto erotico, ha in germe certe disposizioni, le quali, svolgendosi, menano alle tristi infermità ed anomalie, ora ricordate (2).

---

(1) Studii etici di Hartmann — dalla « Minerva », Agosto, 1898 Roma.
(2) *P. Näcke* — Problemi nel campo della funzione sessuale normale. — Archivio delle Psicopatie sessuali. Novembre, 1896.

Per tutte queste considerazioni la funzione sessuale, *normale e compiuta*, appare a noi oscillante, contrastata da intoppi e vie diverse, stretta da una moltitudine di contingenze degenerative; si che riesce forse agevole rappresentarsela come « tipo », ma è non poco difficile ritrovarla fra gli individui, che vivono nella vita reale.

Inoltre da tale disamina viene fuori una importante idea. Spesso (come ho detto) un amore elevato, che finisce nel canto dell' Alighieri per Beatrice, nei rapimenti dell'asceta, o del pensatore sognante una umanità lontana, ha fra le sue origini qualche deviazione, predominio di uno stadio particolare, che rende atrofici altri momenti, se non tutto l'ulteriore sviluppo della funzione erotica.

Non era bella e d'alto significato morale la cavalleria nel medio evo? Il cavaliero che nella imagine della sua dama difendeva umili e reietti? Prostrato sull'arena, la lancia e la spada infrante, preferiva la morte, anziché cedere ad altri il vanto di quei colori, che lo cingevano, simboli dell'amata lontana? Eppure era abnorme tanta accentuazione di un solo momento della funzione erotica; quel pensare la propria dama, come un giovanetto nei primi timidi amori, il quale scambia per dea una creatura umana, spesso volgarissima! Ma tanta anomalia fu, in parte, base e stimolo a tendere in alto, fu sostegno d'alti pensieri ed eroiche azioni.

*
* *

Bisogna adunque non considerare la degenerazione, soltanto come disfacimento, bruttura, morte; ma ancora come fase ed incremento di progresso.

In altro scritto, parlando di alcune ricerche del Paladino sulla morfologia delle ovaie nei mammiferi,

di obbiezioni del Virchow alla teoria della discendenza, ho affermato la importanza, che ha la degenerazione nel trasformismo, com' essa possa spiegare il meccanismo di transizione d' una forma organica in altra (1).

Recenti osservatori, con vastità di conoscenze e sicuro giudizio, hanno dato la prova della *evoluzione regressiva* (2); vista quest' ultima nella sua genesi ed importanza, allorchè si studiano le forme viventi e quelle sociali. Gli AA. hanno dimostrato non esservi modificazione d'una in altra forma organica o sociale senza una fase regressiva; che la voluta legge di « reversibilità dei caratteri », per cui ogni forma, decadendo, ripeta gli stadii percorsi, sia in generale falsa. Infine gli AA. trovano a causa della regressione i *limitati mezzi di sussistenza*— lotta fra cellule ed organismi in biologia, per la sociologia ancora la elezione artificiale (3).

Il Mantegazza, in un'analisi del libro in parola, fa con l' usato acume osservare, come il voler ridurre le cause della regressione (e degenerazione) soltanto al fattore, ora ricordato, sia un concludere troppo alla lesta, uno strozzare le leggi naturali, ancora oscure in gran parte (4).

Si aggiunga, che Lombroso e Carrara da qualche tempo hanno dimostrato anche in cranii di criminali, ove tutto segna l' arresto di sviluppo, qua e là,

---

(1) Malattia e teorie biologiche sulla genesi del delitto — dal Man. mod. 1895, pag. 226-227.

(2) Sarebbe stato meglio invero dirla, non evoluzione regressiva, bensì *momento regressivo* nella evoluzione. Questa importa ancora un *momento progressivo*; ed ambedue sono in reciproca dipendenza, possono considerarsi come un processo unico.

(3) *Demoor, Massart, Vandervelde* — L'évolution régressive en biologie et en sociologie, 1897. Bibliot. Scient. Int. Alcan, éd.

(4) *Mantegazza* — L'evoluzione regressiva, Archivio per l'Antr. e la Etnog. V. II, 1898.

note progressive (1); ed il primo insiste nel dire il genio figlio della degenerazione (2).

Nel campo della vita animale osservasi, come la natura sempre dilaghi in una moltitudine di forme, le quali sono i momenti e gli stadii d' una complessiva, grandiosa evoluzione. Questa spesso trovasi ripetuta, riverberata, monca e ristretta, nell'organismo adatto, nel fortunato che sopravvive o talvolta raggiunge una forma superiore, più complessa.

Invero gli organismi, anzichè adattati nell'ambiente, possono dirsi *in via di adattamento.* Se le condizioni esterne (intendendo con esse anche i limitati mezzi di sussistenza) si modificano e forzano l'organismo a variare, questo d'altra parte è in certo equilibrio instabile, muta ancora per necessità sue proprie. Fra ambiente ed organismo vi è un rapporto di azione e reazione: il secondo non s'informa, come cera, al primo; ma, obbedendo ad un determinismo interno, ha forse l'iniziativa in certi mutamenti; e, premuto da contingenze esterne, non può sempre variare al di là di certi limiti, imposti *dalla sua economia*, o da altri non conosciuti fattori, oltre i quali l'*individuo* od il *tipo* degenera e muore. Ogni organismo pluricellulare, in quanto associazione di parti, ha un determinato bilancio d'energie, che, se impiega (per lo stimolo ambiente) *allo sviluppo di organi e funzioni*; le minora in altri. E questi ultimi sono talvolta l'immancabile base organica dei primi (3).

---

(1) *Lombroso* — L'uomo delinquente. V ed. Torino, 1896.

(2) *Lombroso* — Genio e Degenerazione, Milano, 1898.

(3) Causa della degenerazione e morte non è soltanto questa di un profondo mutamento nella euritmia nutritiva delle varie parti dell'organismo, giusta l'appunto del Mantegazza. I tessuti, isolatamenti presi, dopo aver percorso un ciclo determinato, dopo essersi riprodotti per un lasso di tempo, periscono. Così il Verworn ha dimostrato, che alcuni microrganismi unicellulari, i quali si riproducono per semplice scissione, non sono eterni, come alcuni credevano; ma dopo qualche tempo difettano di energia assimilatrice e riproduttriva. (Verworn, op. cit.).

Nondimeno le *novelle acquisizioni*, allorché trasmettonsi ereditariamente, fannosi meno vive ed assorbenti: così una acquisizione psicologica, che dapprima era cosciente e scolorava tutti gli altri lati della vita mentale; in seguito, facendosi automatica ed istintiva, cedeva il posto ad altre esplicazioni. Per tal modo sulla base delle precedenti si determinano altre (1). Le prime entrano nella tessitura delle successive, ma debbono cedere alcuni lati, alcune loro esuberanti ramificazioni; debbono *in alcuni punti degenerare* e venir meno, per essere parte omai nelle seconde formazioni. Adunque una parziale degenerazione, nel giro del variabile organismo individuale, è necessaria alla vita di quest'ultimo, non tollerando la economia un accentramento funzionale o nutritivo, troppo intenso e limitato ad un determinato gruppo di organi. Ed è necessaria al progressivo complicarsi delle funzioni, ché ogni gradino, su cui ascende il progresso di un apparato qualsiasi, é segnato da parziali involuzioni, movendo la natura per saggi e limitazioni ripetute, facendo e disfacendo in parte. L' epigenesi ha nella degenerazione uno stadio essenziale.

Se dall' ambito della economia biopsicologica dell'individuo passiamo a quella della specie, n'è dato vedere, come l' apparizione d' individui degenerati giovi al progresso del tutto. La natura (come ora ho detto) è prodiga, va per tentativi molteplici e diversi: simigliante allo scultore, che in molle creta tenta e ritenta innumeri saggi, fino a che ne trova qualcuno, che realizzi il sognato ideale.

(1) Un tale esempio l'ho riferito, perché dimostrativo molto, benchè tolto dalla psicologia. Nel sopra ricordato libro del Demoor, ecc. abbondano i fatti, che possono illustrare l'asserzione in parola nel campo della morfologia animale, vegetale, ed in quello dei fenomeni sociali.

Ma tutti quei poveri saggi vanno perduti, dispersi, e il fortunato impera. Così nella specie vediamo tanti individui perire infecondi, o per breve tratto riprodursi e venir meno, altri mantenere alta la fiaccola della vita, trasmigrante di padre in figliuolo. Tra quel fortunato ed i caduti non vi sono differenze profonde; v'ha intima parentela, connessioni molteplici e diverse; e l'*armonia del fortunato è stata raggiunta attraverso il disordine degli inadatti*. Una novella qualità, elaboratasi fra gli squilibrii di organismi, non del tutto degenerati, é riuscita alfine ad emergere compiuta, adattata, in altro tipo d'individui, robusti e fecondi. La degenerazione, come la sventura, impone al pensatore un alto rispetto.

Mi si perdonino queste slegate considerazioni: esse bastano allo scopo di dimostrare, che il normale non é profondamente diverso dall'abnorme, e spesso nel secondo dimora in gran parte il lato oscuro della legge esplicatrice del primo.

⁂

Fra le teorie, che cercano di abbracciar nel complesso le deviazioni sessuali e ridurle ai loro momenti generativi, v'hanno quelle del Lombroso, Penta e Venturi, che insistono sopra un fatto generale: il venir meno della fecondazione, spesso, nelle anomalie e morbi sessuali, del fine riguardante la continuità della specie.

L'anomalo sessuale é così un uomo mancato, un uomo nullo per la specie: in esso l'atto sessuale é paradossale (Lombroso), rudimentario (Penta); é un arresto di sviluppo, una mostruosità rispetto all'atto normale. Similmente l'amore, con le seduzioni e l'amplesso e la prole; questa luminosa istoria, tanta part

d'ogni individuo in rapporto alla vita ed alla società; questa verde e fiorita selva di speranze, impeti e tenerezze; si disfronda ed avvizzisce per essi.

In altro scritto ho dimostrato, che la pazzia e la delinquenza erano una bancarotta dell' *individuo sociale*. Per l'individuo in esame può dirsi, che, quantunque disadatto alla riproduzione (parlo sempre dei casi tipici), di frequente è in altre cose utile alla società. Ma la sua anomalia, od altro, ha radici profonde, ed in molti punti *dimostra attinenza con quelle*, onde emana ancora la dissoluzione dell'istinto sociale del pazzo e criminale. Da un simile punto di vista giova adunque stabilire un parallelo tra abnormi, od infermi sessuali e gli altri due, allo scopo di fissare il posto gerarchico, che spetta ai primi nelle forme molteplici della degenerazione.

E' necessario frattanto, che io riassuma in brevi termini alcune idee, da me esposte altrove (1). Dirò, che, nella pazzia, notasi alle volte *turbamento* dell' istinto (o sentimento) sociale, per *esagerata* estrinsecazione delle funzioni psichiche in complesso (mania), o per *inibita* estrinsecazione (lipemania); altre volte notasi *arresto* dell'istinto sociale, per depressione d'ogni energia mentale coordinatrice e d'ogni spontaneità (confusione). Infine notasi *dissoluzione* o profonda alterazione dell'istinto sociale; e ciò nelle forme degenerative di pazzia: stati in cui emerge vivissimo l'*istinto di conservazione*, sotto forma difensiva (paranoia), aggressiva (stati epilettici, pazzie morali).

Le alterazioni di *carattere* (2), che rivelansi a cagione del *turbamento* od *arresto* dell'istinto sociale, han-

---

(1) Temperamento e carattere ecc.

(2) Altrove ho definito il *carattere* la sintesi dei fenomeni *psico-sociali*, caratteristici d'una individualità; il *temperamento* e la costituzione la sintesi dei fenomeni *psicofisici* ecc.

no radice in alterazioni di *temperamento* nella mania, lipemania e confusione (alterazione del temp. sanguigno per la prima, del temp. malinconico per la seconda, del temp. linfatico, torpido od eretistico, per l'ultima).

Nelle forme degenerative la perversione del *carattere* importa, oltre che nel *temperamento*, alterazioni nella *costituzione psicofisica*.

Gli stessi accessi maniaci, lipemaniaci, confusionali, possono verificarsi, sia in *costituzioni psicofisiche non gravemente deviate*, ed allora generano (come prima abbiam detto) il semplice turbamento od arresto dell'istinto sociale; ma se trovansi in *costituzioni abnormi* (psiconeurosi in degenerati), finiscono con essere il reattivo, che svela una perversione notevole di esso istinto. Infatti si accompagnano in tali ultime contingenze alla idea persecutoria (siccome è stato detto dal Koch); ed una simile idea indica l' emergere dell' *istinto di conservazione* su quello sociale.

Gl'infermi di pazzie degenerative, quelli, in cui verificasi l'anomalia di carattere in questione, sentono spezzate dalla loro individualità morale le infinite fila, che li connettono ai loro simili. Nei casi tipici, accentuati, l'*io* ipertrofico, solitario, è fra nemici, lotta perennemente: ora *si difende* e chiudesi, vivendo tutto di sé stesso; ora *aggredisce*. Il paranoico appunto non ha fiducia in nessuno, vive di sè stesso, divora la sua stessa anima. La paranoia è una grave degenerazione del carattere, o meglio è la *degenerazione del carattere* per eccellenza. Emerge, qua e lá, all' inizio, triste segno, nei più svariati accessi psicopatici, e talvolta dileguasi; ma allorchè appare in una individualità, fino dall'adolescenza, o *compiutamente* ad età matura, non più decade. E' nella tessitura del carattere e della *costituzione psicofisica*. Vi sono diversi gradi di

paranoia, più o meno accentuati, alcuni originarii e profondi (forme inevolutive); altri che avviansi a divenir tali, mercè fasi *maniache, lipemaniache,* ed un lavorìo delirante, *sensorio-confusionale,* indice del progressivo degenerare della intelligenza e personalità (forme evolutive, ed iniziali). Fra queste ultime molte toccano una leggera, o grave demenza (1).

Caratteristica del paranoico non è il delirio, come affermano alcuni, perchè il delirio è segno di mente alterata, e non altro: caratteristica di tali infermi è un *peculiare delirio,* con lucida coscienza ed eccitamento della intelligenza; con attenzione viva, sotto il pungolo dell'istinto di conservazione irritato, che affatica la mente a cercare le origini delle proprie torture, i proprii nemici, *onde difendersi.* La psicopatologia ha fatto toccar con mano, come le progressive alterazioni del carattere, dei sentimenti e volizioni, non vadano punto scisse da quelle della intelligenza. Noi vediamo nella paranoia il *peculiare delirio* intimamente connesso *all' abnorme carattere* (e costituzione); e nelle forme evolutive lo svolgersi, complicarsi, venir meno del primo ne rivela il profondo lavorìo di degenerazione dell'altro (2).

Negli stati epilettici il *carattere* è degenerato, come pure la *costituzione* e il *temperamento* (degenerazione di quello bilioso): l'individuo non si difende col chiudersi in sè stesso; ma talvolta odiando, aggredendo, ed in generale scaricando al di fuori una grande energia

---

(1) Sotto il nome di *paranoie iniziali* raccolgo molte lipemanie di persecuzione, alcuni delirii sensoriali, manie deliranti, che hanno esito, di rado in guarigione, spesso in demenza, od in marcato delirio o stato paranoico del carattere. Le chiamo iniziali, rispetto alle *forme evolutive* (delirio cronico dei francesi), ed alle *inevolutive* (pazzia dei querulomani, ecc.).

(2) Delirio e forme paranoiche, ecc., dal Man. mod. 1896.

neuro-muscolare. L' epilettico non va del resto confuso col *delinquente nato*, od *originario*, che dir si voglia. In questo sono marcate le alterazioni costituzionali, nel primo bastano per quel tanto, cui importa la gravissima degenerazione del temperamento.

Temperamento e costituzione sono, il primo, il lato dinamico; l'altro, il lato statico della individualità psicofisica. Nella pazzia dominano gli *squilibrii dinamici*; nella delinquenza originaria dominano alcune *manchevolezze costituzionali*.

La costituzione psico-fisica è qualche cosa di molto complesso. Allorchè le sue alterazioni *accentuansi*, nel lato intellettuale, si va dalle alterazioni (forse) paranoiche, isteriche della coscienza, alle *imbecillità* ed *idiozie*; nel lato sentimentale, istintivo della individualità; notasi la svariata scena di tutte le perversità umane: imbecillità morale, delinquenza originaria. Frattanto è difficile, che in un imbecille o delinquente non trovinsi reazioni, che ne ricordino il paranoico od epilettico.

Riassumendo:

Pazzia e *Criminalità* originaria hanno molti punti di coincidenza. Bisogna pertanto discriminare quelli in cui divergono. Ambedue sono alterazioni del carattere, temperamento, costituzione psicofisica. A prevalenza alterazioni di temperamento, sono la mania , lipemania e confusione; della costituzione psicofisica, le imbecillità ed idiozie. Alterazione precipua del carattere e costituzione, in special modo del carattere, è la paranoia (inevolutiva) (1); alterazione del temperamento e della co-

(1) Le paranoie iniziali ed evolutive tengono delle pazzie degenerative, per l'immancabile alterazione costituzionale; e di quelle psiconeurotiche (alterazioni di temp.) per il processo sensorio-confusionale, che le esplica. Il delirio sensoriale tipico (confusione mentale allucinatoria: tiene ancora delle une e delle altre. Vedi op. cit. e « Sulle varie forme di confusione mentale» Man. mod. 97-98.

stituzione (ne segue del carattere) e la epilessia. La paranoia lede la individualità, in alto, nella intelligenza e nei fenomeni psicosociali; la epilessia in basso, nei sentimenti istintivi, nei desiderii ed impulsioni, negli stati complessivi della intelligenza, nel capitale delle estrinsecazioni nervose. Il delinquente originario ha un temperamento meno degenerato dell'epilettico, una costituzione psicofis. assai più lesa. Diminuite nell'epilettico l'alterazione del temperamento, aggravate molto quella di alcune parti della costituzione, avrete il delinquente nato.

Malgrado adunque l'intreccio profondo, per l'analisi clinico-psicologica rendonsi evidenti i tre aspetti della individualità umana: il carattere, il temperamento, la costituzione psicofisica. Ho detto *aspetti*, non *elementi*: ogni alterazione dell'uno non lascia del tutto esente gli altri.

Compito della indagine è appunto svolgersi per questa via, ricercare gli oscuri rapporti e la genesi dei *tre gruppi* di fenomeni in discorso, sotto i quali ho in via transitoria ordinati fatti, tuttora degni di più larga, matura critica ed osservazione (1).

Veniamo alle anomalie e psicosi sessuali.

Bisogna incominciare dall'esaminarle in rapporto ai tre aspetti in discorso.

Esse in buona parte muovono da alterata costituzio-

(1) In questo riassunto ho trascurato di ragionare dell'isterismo e della frenosi sensoria, forme da me studiate nel lavoro in esame (Temp. e Carat.)

Del resto, come vedesi dalle ultime parole del paragrafo, il mio è un semplice tentativo di analisi, non pretende a nulla di completo e definitivo. È più la traccia d'una via da percorrere.

ne psicofisica, poichè sono anomalie d'una funzione, la quale ha una origine tutta organica, biologica, è fondamentalmente un istinto (1); malgrado che per le successive acquisizioni psichiche, nervose, somatiche, all'attrito dell'ambiente sociale, si vada complicando e porti il risultato di tante e svariate contingenze.

Abbiamo visto, come le teorie esplicatrici delle anomalie sessuali oscillino da quella, che insiste sul fatto costituzionale alle altre, che parlano di imaginazione alterata, di nervosismo, imitazione, ecc.

Gl'invertiti originarii rientrano precipuamente fra gli *anomali costituzionali* (nella teoria del Krafft-Ebing). Dato pure, che non rivelino caratteri esterni (organi sessuali secondarii) d'inversione; nondimeno *dagl' impulsi e sensazioni anomale*, perduranti tenaci dalla prima adolescenza all'età matura, ne fanno arguire la radice organica del disturbo. L'osservazione clinica ha fatto noto, che tali infermi sono in molti casi epilettici, semimbecilli, paranoici, isterici, in generale degenerati. Ora abbiamo ricordato, che nelle varie forme psicopatiche degenerative *la costituzione psicofisica è tocca profondamente*. Ciò rivelasi, non soltanto da anomalie antropologiche, somatiche e funzionali, ma ancora da note psicologiche (fra le quali vanno incluse le perversioni istintive), dalla costante lucidità di alcuni deliranti, da alterazioni della personali-

---

(1) Istinto « vuol dire un principio di azione nell'animale, che attua un fine utile *alla conservazione dell'individuo e della specie* con una serie determinata di mezzi, e che non si puó ridurre, nè alla ragione, nè alla volontà, nè ad un meccanismo fisico-organico qualsiasi » — *Masci* — Le teorie sulla formazione naturale dell'istinto — Napoli, 1893 — Sopra, per comodità di espressione, ho detto istinto sociale, famigliare, ecc. Secondo la giusta definizione, ora ricordata, potrebbe, forse, criticarsi un tale uso della parola in esame.

tà, dal modo contradittorio di contenersi ed operare nell'ambiente sociale ecc. (1).

Sopra abbiamo visto ancora la parentela degli stupratori coi *sadisti* e con alcuni omicidi gelosi. Anche questi individui hanno marcatissime anomalie costituzionali; sono anzi nei gradi più basi della degenerazione: in essi alla costituzione abnorme si fonde il temperamento epilettoide.

Ma nei capitoli precedenti da noi si è detto, la teoria del Krafft-Ebing doversi completare con altre, che tengono in conto molteplici fattori.

Vi sono casi, in cui è marcatissimo il fattore della *imitazione*, cospirante con la età, con occasioni molteplici, con un certo temperamento neuropatico al più. Ciò dicasi degli onanisti ed omosessuali d'occasione, i quali sono individui, che non trovando altra via di esplicazione sessuale, nella età in cui tale istinto é prepotente; riescono ad atti, od attrazioni, o desiderii, da cui poscia con ribrezzo si allontanano. Senza dubbio il loro carattere (parlo di cotesti omosessuali) non è dei più integri, ma è sotto il dominio di condizioni non fisse, originarie, individuali; ma estranee, instabili, e che dissolvonsi con gli anni ed il mutato ambiente.

Ad un estremo adunque della serie abbiamo gl'in-

(1) Dire che gli invertiti originarii presentano talvolta accessi psicopatici, non vuol dire che sieno pazzi sempre. Tutto lascia supporre la degenerazione del loro organismo; ma degenerazione non equivale a pazzia. Si consideri inoltre che l'istinto sessuale, malgrado la sua grandissima importanza, non è tutta la psiche; può avere una certa autonomia, e quindi presentare alterazioni in qualche modo isolate. Del resto questa mia classificazione è tutta provvisoria. V'hanno recenti autori, e di grande competenza, i quali parlano di omosessualità senza degenerazione, e labe ereditaria. Probabilmente sono i casi di omosessualità, che rientrano nelle categorie, di cui or ora diremo. — *Raffalovich* op. cit. — *H. Ellis:* Sexual inversion in men. The alienist and neurologist. April. '96.

vertiti originarii, i sadisti e gli stupratori (tutti degenerati, benché fra loro diversi); all'altro gli onanisti ed omosessuali, d'occasione e transitorii. Bisogna distinguere fra *omosessuale* ed *invertito*. L'omosessualità è tendenza verso il proprio sesso, e può essere talvolta puramente occasionale: l'inversione è una omosessualità definita, è il sentirsi del sesso opposto al proprio, e quindi attratti verso quest'ultimo. Nella inversione osservasi tutta una serie di sentimenti, e ricordi, i quali plasmano la individualità sessuale in modo contrario. Il Grimaldi ha descritto un contadino, che in alcuni mesi dell'anno si diceva uomo, in altri donna: in lui con la sensibilità sessuale mutavansi le abitudini ed i ricordi. La memoria del contadino-uomo era diversa da quella del contadino-donna (1).

Fra i due estremi della serie vi sono frattanto gradazioni intermedie importantissime, le quali giova bene esaminare nelle loro condizioni generatrici.

Dapprima bisogna tenere a mente, che le *anomalie costituzionali*, riferibili al sesso, se in alcuni casi appaiono compiute e molteplici, e ne portano alla originaria inversione; in altri non toccano tale consenso e numero; e rappresentano *qualche cosa*, all'inizio, indistinta, sotto la influenza dell' *ambiente* e di *abitudini di vita*, da cui può essa trarre incremento a svolgersi e dominare.

Si aggiunga il *temperamento neuropatico*, che in tali circostanze ha molto valore, indebolendo la volontà e l'azione di sentimenti inibitori; rendendo vive alcune imagini, che spesso dal contrasto assumono maggior forza e distinzione.

(1) *Grimaldi* — Sopra un caso di alterazioni di due personalità sessuali in alienato. Man. mod. 1-2, 1894.

Con le *anomalie costituzionali incomplete* ed il *temperamento neuropatico* bisogna considerare la *venere solitaria*, che è il punto centrale, a cui volgonsi gli effetti delle condizioni individuali e d' ambiente.

La venere solitaria può trovarsi, sia nell' adolescenza ed in circostanze occasionali, sia nelle deviazioni originarie più gravi: essa matura tra le fantastiche ebbrezze tutti i lati sessuali anomali, dormenti in alcune individualità.

Vi sono individui, che nelle orgie onanistiche scaricano le loro pervertite tendenze, senza che nulla appaia al di fuori; od incubano atti, che dall' aumentato nervosismo (ancora conseguenza delle pratiche masturbatorie) traggono incremento a passare dal desiderio all' azione.

Nella venere solitaria, come abbiamo tante volte affermato, si acuisce il lato subiettivo, fantastico dell' atto sessuale; per essa la intelligenza e vivace imaginazione adoperano in modo, congiuute al nervosismo, alle suggestioni ambienti, alle occasioni, agli impulsi organici, da spingere a marcate anomalie istintive. La venere solitaria è *la follia dell' istinto sessuale*, e trovasi dominatrice negli alienati di mente.

Adunque fra *omosessuali, occasionali* e transitorii, sui quali la età e l' ambiente sono prepotenti, e che mostrano il *Carattere* alterato; e gli *invertiti originarii*, o sadisti, stupratori, ecc., i quali hanno *costituzione* psicofisica originariamente abnorme; trovasi tutta una gradazione di perversioni sessuali. In queste, ora dominano il *temperamento neuropatico*, la *venere solitaria*, le anomalie del *Carattere*, e sorgono quelle brutture erotiche, come *l' onanismo a due* e cose simili, che rivelano una sensualità intorpidita, la quale in sé stessa si ritorce ed affatica, bramosa di un piacere che giammai raggiunge; ora quelle forme di *leggera*

inversione ed *ermafroditismo psichico*, che, divampando nelle ebbrezze onanistiche, si maturano, allontanano dall' altro sesso, e restringono a cercare nel proprio l' agognato piacere (inversione acquisita). Queste ultime, congiunte ad altre pratiche, come il *masocismo*, ne rivelano ognora la influenza del *nervosismo*, in una a *costituzione* psicofisica, non certo normale.

Il *feticismo* rientra fra le anomalie sessuali, in cui la *imaginazione* è profondamente tocca, come nella *venere solitaria* abituale; e l' uno e l' altra si accompagnano spesso ad onanismo. Nel primo il concentramento su date imagini non è faticoso, continuo, volontario, come nella seconda; va di conserva con diffusione dell' orgasmo venereo ai centri spinali, e talvolta porta alla eiaculazione senza alcuno artifizio. Nell' uno e nell' altra (venere solitaria con onanismo) il meccanismo del coìto è iperestesico, od alterato, opera senza convenienti e diffusi stimoli: è come uno spasmo muscolare su fondo paretico.

Trattasi quindi, nel feticismo e nella venere solitaria abituale, di *alterata costituzione* e *temperamento* ancora.

Dire, che negli omosessuali ed onanisti, transitorii ed occasionali, è leso il carattere, il temperamento, e non la costituzione; come fra gl' invertiti originarî, ed i sadisti, profondamente quest' ultima: dire che gl' invertiti onanisti (auto-invertiti), gl' invertiti non originarii, i feticisti e masocisti, denotano perversione del temperamento e della costituzione; é affermare cose molto relative.

Abbiamo visto nei ricordi psicopatologici del paragrafo antecedente, che un' alterazione costituzionale non presentasi isolata da collaterali fenomeni negli altri aspetti della individualità. Si tratta nelle anomalie in questione di fissare la influenza di questi tre aspetti dal punto di vista genetico, dominando il carattere in anomalie, in cui é prepotente la influenza sociale, di i-

mitazione; il temperamento, in quelle in cui l'esaurimento nervoso è intenso; la costituzione infine, dove ogni cosa rivelasi ab origine ed in modo fatale.

Se quindi vogliamo, schematicamente, riassumere le anomalie e psicosi sessuali in rapporto alla degenerazione della individualità, partendo da quelle in cui si accentua l'alterazione del carattere, poscia a quelle più lese nel temperamento, infine nella costituzione, diremo:

1.° Onanisti ed omosessuali, occasionali e transitorii (alterazione del carattere, leggera del temperamento).

2.° Onanisti a due, fellatori, ecc. (alterazione del carattere e più del temperamento).

3.° Auto-invertiti onanisti, feticisti, infermi cronici di venere solitaria (alterazioni del carattere, e più del temp., e della costituzione psico-fisica).

4.° Invertiti acquisiti, masocisti (alt. del carat. e più grave dei precedenti della costituzione psicofisica, e del temperamento).

5.° Invertiti originarii (notevolissima alterazione della costituzione e quindi del temp. e del carat.).

6.° Sadisti, stupratori, omicidi sessuali (profonda alterazione della costituzione e degli altri due aspetti della individualità).

VI.

Riassunto e Conclusione

Ed ora é tempo di conchiudere, rifacendo nelle maggiori linee il cammino percorso. Così ne sarà dato di vedere il legame, la successione dei fatti e problemi, sopra enunciati, e che la necessità, di approfondire questioni collaterali, di dubbii insorgenti ad ogni passo, non ha concesso a noi di formulare appieno.

I. — Fra i delinquenti pazzi gli *stupratori* occupano un posto bene definito, rivelano nell'organismo e nella psiche non dubbii segni di arresti di sviluppo; e per alcuni lati si accostano ai delinquenti pazzi ladri, per altri ai d. p. omicidi. Con i primi hanno comune la timidezza, furberia, malignità; con i secondi l'orgoglio, di spesso l'animo vendicativo e crudele.

Lo stupratore è un pauroso violento, gode nell'ombra, di furto, gioconda ed infierisce sul debole.

Di proprio ha appunto questa fusione di caratteri morali, tra le marcatissime note somatiche, degenerative e morbose, tra l'angustia mentale ed impulsività.

Vi é talvolta in lui una forte dose di deficienza organico-nervosa: gli arresti di sviluppo fondonsi nel suo corpo con note di morbilità, che lo avvicinano ad alcuni dementi, stupratori occasionali, o semplici impudichi (dementi senili, paralitici, beoni inveterati). In simiglianti casi manca egli di energia sessuale; e questa ha in lui esplosioni transitorie, oscillanti, che tutta la malferma, contorta sua psiche scuotono ed investono.

Ma non ogni stupratore dimostrasi tale. Delirii ascetici e gelosi, idee di grandezza e persecutorie, formansi di leggieri in codesta individualità, dalla vita sessuale accentuata, per difetto, od eccesso, dall'indole vigliacca ed orgogliosa. Quindi stati confusi-deliranti, lucidi deliranti, ognora sul fondo di manchevolezze ed impulsività.

II. — Il delinquente pazzo *omosessuale* presenta a noi una figura non meno, ancora più complicata. Ora è un semplice passivo, imbecille, epilettico, o non, giovane d'anni, e con un'aria, feminea nel volto, nella persona. Nè bene si riesce a vedere, quanto trovavasi in lui di fatale, quanto ha impresso, su quella pieghevole e timida natura, l'imitazione, la violenza, piena di minaccie e seduzioni, d'altri perversi compagni di sventura, maschi o prepotenti. Ora con uno sviluppo della

intelligenza maggiore, o notevolissimo addirittura, si accentuano altri caratteri, con tutti i segni d'una evidente omosessualità.

Si accentua un mobile, inquieto umore, che oscilla dalla dolcezza ed attrazione, alla violenza ed aggressività, dall'amore all'odio, dalla obbedienza alla ribellione. Questi stati d'animo s'inquadrano in alcuni epilettici, o paranoici con delirio di possessione; in degenerati, dall'organismo male evoluto, dalla fisonomia clinica per alcuni rispetti mutabile in grado notevole; scissa in due, direbbero gli psicologi amanti delle personalità multiple.

In tali casi adunque vedesi, come l'anomalia sessuale vada compagna con la psicopatia: l'una e l'altra hanno base, coincidono, sulle linee di una *costituzione abnorme*. E la imaginazione turbata, le allucinazioni, le idee fisse impulsive, le associazioni di contrasto, *tutta la multiforme scena della pazzia* rinforza, alimenta, matura la perversione sessuale, tramuta l'anomalia in evidente psicosi sessuale.

III. — Notisi, che gli omosessuali pazzi da me osservati (ove se ne escludano i primi), alcuni sono violenti od omicidi; qualche altro criminale abilissimo in finzioni e tranellerie. Nell'un caso, si connettono ai pazzi omicidi semplici, per la *impulsività*, per i momenti d'odio, ribellione, vendetta (non sempre stabili e tenaci); nell'altro, mostransi compagni dei pazzi morali, dissimulatori e simulatori, per la *mutabilità* di umore e di contegno, doppiezza ed astuzia.

Queste osservazioni ne lasciano intravvedere la via lungo cui ricercare i fattori psico-organici, determinanti l'anomalia e frenosi sessuale, e confermano quanto osservatori come lo Ellis, ed altri, hanno visti negli omosessuali non alienati di mente. Dice lo Ellis, che tali individui presentano una « diatesi di variabilità »

(variationaldiathesis), attitudini artistiche, imitative (1); fenomeni psicologici, caratteristici d'una individualità, dalla imaginazione viva, e disposta ai profondi mutamenti.

Frattanto due ordini di fatti emergono dallo studio dei nostri omosessuali : A) presenza di anomalie costituzionali — B) di alterazioni nella intelligenza e volontà (idee fisse, allucinazioni, impulsività ed abulie) (2)— E le teorie, che cercano di spiegare le diverse psicosi ed anomalie sessuali vanno appunto divise secondo questo duplice punto di vista. Dice il Leibnizio, che ogni teoria è vera in quanto afferma; e le presenti sono vere in ciò, che affermano del duplice ordine di fatti in questione.

IV. — Passati e recenti studii biologici tendono ad appoggiare la ipotesi, che considera la nostra individualità, come originariamente, o potenzialmente, ermafrodita. Già nella vita intrauterina essa differenziasi presto in un senso determinato; ma non così profondamente, che non seguano oscillazioni, le quali talvolta ripetonsi nelle fasi critiche della vita adulta (adolescenza, menopausa).

Tale idea viene assunta a ragione esplicatrice da coloro, i quali ripongono la omosessualità in anomalie costituzionali.

Guardando la individualità umana in tutta la sua e-

---

(1) *Ellis* — Nota sulle facoltà artistiche degli invertiti — Archivio delle Psicopatie Sessuali, ecc. Settembre 1896.

(2) Questi secondi fenomeni si svolgono anch' essi sopra una base di anomalia costituzionale, non sempre bene definita: sono più complessi; importano anomalie ed alterazioni neuro-dinamiche (di temperamento); di *carattere*, in quanto su essi ha influenza notevole ancora l'ambiente sociale con i suoi complicati stimoli. Costituzione, temperamento, carattere, in alcuni punti si confondono, in altri si distinguono: li ho detti *aspetti*, non *elementi* della individualità psicofisica.

stensione, dovremmo poter coordinare fenomeni psichici e somatici all' *istinto sessuale, alla direzione particolare, che esso prende nei diversi individui*; dovremmo poter ritrovare nelle linee di alcuni sentimenti e pensieri, anche elevati, qualche cosa, che, in quel dato individuo, ne faccia vedere il *peculiare* impulso sessuale.

Senonchè l'istinto in parola non esso soltanto ha contribuito alla evoluzione psicologica, ma attraverso moltissimi altri fattori, isolati e complessi, nello svariato ambiente sociale. Ed al presente, la vita del sesso, benchè importante, non è tale da investire e piegare a sè, tutta la individualità umana, la parte più elevata di questa, dandole, in ogni singola manifestazione, una specifica impronta. L'osservatore psicologo quindi non può, in linea assoluta, dall' espressione di qualsiasi pensiero od elevato sentimento di un individuo, intravvederne il sesso ed il modo d'amare.

V. Dal lato organico poi l'istinto in parola ha senza dubbio nell'ambito sociale contribuito alla formazione, od incremento di alcune note somatiche, caratteristiche degli individui di un sesso o dell'altro.

L'istinto sessuale (come l'istinto in genere) è, fino ad un certo punto, legato alla *conformazione;* ed in quanto si accompagna a funzioni d'alto valore (quale la maternità, ad es., nella donna), determina la condotta dell'individuo nell'ambiente sociale, in modo che questo, di rimando, la specifica e costringe tra innumeri contingenze, accentuatrici, e, forse, origini di peculiari caratteri somatici (alcuni caratteri sessuali secondarii). L'organismo va considerato sempre in rapporto all'ambiente, non soltanto fisico, ma sociale. La società, dopo tutto, realizza complicazioni fisiche d' ambiente, importa una somma di stimoli fisico-biologici, attraverso i quali ogni individuo deve esplicarsi. La società, questo portato di tanti fattori, e più dell'attività umana, é come una

seconda natura, in cui l'individuo si plasma e vive, mutando nell'organismo e nella psiche. Abbandonato a sè stesso, anche riuscendo a salvarsi, egli sarebbe stato ben diverso per corpo, funzioni ed anima, da quello che presentemente dimostrasi. Ma la ipotesi dell' uomo isolato, *ab origine,* a coppia, di un maschio ed una femmina, non è concepibile. Egli doveva essere un animale gregario. Il sociologo deve far tesoro delle conoscenze biologiche; ma il naturalista non comprenderà bene la funzione e morfologia d' un organismo, come quello dell'uomo, se non saranno a lui note le abitudini, il lavoro, ecc., di costui; in una parola la società, entro cui vive (1).

Per tale imponente intreccio di circostanze, fra le quali ogni singola individualità sessuale (considerata nei suoi caratteri primarii e secondarii) si forma; non meravigliano le aberrazioni ed anomalie di quest'ultima. E la presenza di gruppi, od isolati caratteri sessuali secondarii di un sesso non maraviglia in persone dell' altro.

VI. Nondimeno, ammessa una qualche corrispondenza fra *istinto* e *conformazione*; inoltre, che la seconda si sia in alcune parti meglio elaborata per opera del primo all' attrito sociale; ne deriva, che la trasposizione, non di uno o due caratteri sessuali, ma di molteplici caratteri (secondarii) da un sesso all'altro, dovrebbe influire sulla direzione totale dello istinto.

Ora si veggono spesso casi, in cui tali alterazioni somatiche accentuate (le quali così ne indicano una mancata euritmia fisio-somatica) non vanno affatto di conserva con quella peculiare istintiva. Questo fatto, ma

(1) Il Venturi ha l'alto merito di aver divinato, da quasi un decennio, tutta la importanza, che hanno le conoscenze sociali nelle ricerche biologiche.

più l'altro, la presenza cioè di ermafroditismo psichico, od inversione sessuale in persone, presso cui gli evidenti caratteri di conformazione, primarii e secondarii, parrebbero designare una *sessualità bene definita in un dato senso*; ne dispongono a credere, o che tali caratteri, benchè aggruppati, abbiano una origine al di fuori dell'ambito sessuale — razza, tenore di vita, ecc. — (e ciò può ammettersi solo quando le note di conformazione non sieno molteplici); oppure che la influenza di un altro *ignoto fattore* abbia spezzato del tutto ogni nesso fra caratteri somatici ed istinto.

VII. Ricercando questo ignoto fattore, troviamo, che esso può essere di duplice natura, *organico* o *psichico-intellettuale*.

Il primo va sotto il nome di *degenerazione*, e suona anomalia nella formazione e sviluppo della individualità somatica; per modo che questa risulti di aspetti contradittorii (individui con organi maschili e cervello da donna, ha detto qualche autore). Il rapporto di associazione fra i varii apparati organici (in una ai fenomeni psichici, di cui sono la base fisica) non si mantiene come negli altri individui, ma oscilla al di là dei comuni termini.

L'elemento perturbatore può ancora essere d'*indole intellettuale*; dimostrarne, com'esso sia un complemento indispensabile d'ogni tendenza istintiva nell'uomo; ed alterato, possa volgere il diritto e primitivo, per quanto oscuro, appetito sessuale per altra via. E' agevole supporre questo elemento perturbatore di natura intellettuale, per la ragione che appunto *la evoluzione psicologica*, allorchè si proceda dallo istinto alla imaginazione ed intelligenza, ci svela sempre mai più lontana la corrispondenza tra psiche e conformazione. Mentre, nell'animale istintivo, la forma degli organi esterni è rivelatrice delle sue preferenze, azioni, desiderii; la conformazione è, *fino ad un certo punto*, l'istinto tradot-

to al di fuori; nell'animale intelligente la conformazione non è così espressiva. Il rapporto tra fenomeni subbiettivi ed esterni può dirsi in esso molto più lontano ed incerto.

VIII. Frattanto il paziente osservatore, allorchè trova in individuo con caratteri sessuali, primarii e secondarii, proprii di un sesso, manifestazioni psicologiche dell' altro; deve approfondire la indagine morfologica fino agli organi sessuali interni (nel caso gli si porga il destro dell'esame necroscopico), ed ai *centri nervosi*. E' probabile, che la diversità sessuale importi differenze isto-anatomiche in questi ultimi.

Mancando (per ragioni diverse, e nello stato presente della scienza) di cognizioni e mezzi adeguati, potrà l'osservatore rivolgersi allo studio della *imaginazione* del soggetto; delle sue primitive tendenze, gusti e contegno; dei sogni, di tutte quelle manifestazioni psicologiche spontanee (lato subbiettivo, rivelatore indiretto di uno speciale organismo), avanti che circostanze ulteriori, e di ambiente, abbiano sull'individuo potentemente influito. Bisogna conservare in primo tempo un simile metodo *d'indagine somatica*, per non lasciarsi addietro una regione inesplorata; per dare consistenza alla ipotesi (nel caso sia giusta), che si tratti d'una deformazione, di un disequilibrio organico. Sostituire a questi fatti da cercare la parola *degenerazione*, è dire pressochè nulla. È intravvedere una strada, non percorrerla. Le leggi patologiche, allora saranno conosciute, quando a noi riuscirà di vederle connesse, in dipendenza con quelle normali.

IX. Passando alle questioni, che suscita lo *studio psicologico*, vediamo, come in questo campo sorgano difficoltà grandi, ove si voglia (siccome precedentemente ho affermato) dallo esame della imaginazione trovare la piega sessuale originaria di un organismo. Nel-

l'uomo gli appetiti, gl'impulsi primordiali si realizzano attraverso la imaginazione ed intelligenza, *si concretano* in queste. La corteccia cerebrale, sede per i fisiologi delle espressioni più elevate di coscienza, *accoglie ed intreccia* i fasci di fibre connessi ai ganglii encefalici e spinali; i quali hanno anch'essi un valore psicologico, sono base di attività, non soltanto riflesse, ma automatiche ed istintive. Movendo dai ganglii spinali al cervello, si va da un meccanismo nervoso, in cui s'intravvede l'elemento psichico, a ciò ch'é aspetto materiale delle più elevate espansioni di quest'ultimo. Tali elevate espansioni si generano, fra le altre cause, appunto per gli oscuri ed innumeri impulsi psico-organici salenti ad esse. Inoltre la imaginazione e intelligenza possiamo dirle (da un altro punto di vista) *specchio del mondo esterno*: l'influenza del mondo sociale vi opera intensamente. Si aggiunga, che tutti i fattori, i quali turbano l'organismo in complesso, e la pazzia con i suoi drammi interni di delirii, idee fisse, emozioni diverse, trovano in quelle una vasta e multiforme scena.

Adunque gli appetiti sessuali, allorchè tendono a *definirsi* ed *esplicarsi*, uopo è che aggiustino i conti con la imaginazione ed intelligenza, ne subiscano le complicate influenze. Gli elementi, attivi in queste ultime, più che da *stimoli*, operano da *fattori* della estrinsecazione sessuale. Noi non dobbiamo supporre nell'oscuro fondo organico, preformato, intero, quanto ne appare al di fuori, *va divenendo per istrada*, traverso ad imagini e sentimenti, fra le azioni e reazioni nel complesso ambiente sociale. L'estrinsecazione erotica è una *risultante*, ha tutta una storia; ed ogni momento di questa puó essere da contingenze diverse alterato.

L'istinto sessuale nell'uomo non puó vedersi al di fuori di tutti i sentimenti, idee, ed azioni che l'accom-

pagnano, in quanto fenomeno biologico e sociale; non possiamo ritenerlo scisso dai desiderii dell'adolescente, dai sogni e propositi di quest'ultimo, dall'amore, dalla seduzione, dall'amplesso, dagli affetti di famiglia che ne derivano. E questo enorme assieme di fatti va soggetto ad innumeri condizioni, che qua e là lo turbano, od arrestano, od accelerano, o deviano. Ho fatto osservare, come l'arresto in un senso porti talvolta elevati sviluppi in altri. La regressione fondesi al progresso, e l'una e l'altro adoperano per il complicato e vasto sviluppo della evoluzione bio-psicologica.

X. Nell'analisi quindi delle anomalie e psicosi sessuali deve l'osservatore stabilire non soltanto gli *elementi*, o *fattori organici*, come ho affermato, ma ancora quelli *psicologici* e *sociali*. E' tutto un sistema di azioni e reazioni, svolgentesi nel complesso ed instabile campo della individualità umana; e da esso non giova isolare fatti, che si vogliono intendere nella loro genesi e sviluppo. Ai fenomeni di alterata formazione somatica, evidenti o supposti, bisogna aggiungere quei morbosi in generale, i neurastenici, gli psicopatici, i psicologici, i fenomeni d'imitazione, e costrizione che l'ambiente esercita sull'individuo. Una razionale classifica delle anomalie e morbi sessuali poggia sulla determinazione di quei fattori, che in maggior grado imperano nel singolo caso. Tali fattori possiamo riassumerli, per ragioni che or ora diremo, sotto la espressione di *costituzionali originarii* (di *costituzione*, temperamento e carattere), o *psiconeurastenici acquisiti* (di *temperamento*, costituzione, carattere) od infine *psicosociali* (di *carattere* e temperamento).

XI. Nel fattore *costituzionale originario* bisogna notare con l'anomalia morfologica, del *lato statico* della individualità psicofisica, quella associata di tempera-

mento (lato *dinamico* di essa). L'anomalia di costituzione importa non soltanto alterazioni fisio-anatomiche periferiche, ma più centrali, encefaliche, ancora *nei centri, di cui la imaginazione e la intelligenza sono l'aspetto subiettivo.* — Il fattore *psiconeurastenico acquisito* lascia supporre alterazioni, a preferenza di *temperamento.* Queste sono acquisite, per malattie, od all'urto di svariate contingenze sociali. Ma la invalidità di temperamento, quando è grave, suppone (nella maggior parte dei casi) una disposizione originaria, quindi non dubbia anomalia costituzionale. — Infine l'ultimo fattore suona specialmente alterazioni di *carattere,* di questo mobile complesso di fenomeni psichici e nervosi, che si determina e muta nell'ambito sociale. Il carattere é la sintesi dei fenomeni psicosociali, caratteristici d'una individualità. Frattanto le più semplici alterazioni di carattere è difficile vadano disgiunte da turbamenti della dinamica nervosa (alt. di temperamento).

Per tal modo, con questo triplice aspetto (carattere, costituzione, temperamento), in cui risolvesi la individualità umana, n'è dato condensare, tradurre i varii ordini di fattori, esterni ed interni (organici, sociali, psicologici) in gruppi di fenomeni determinati, parti integranti della individualità, e, per alcuni lati, effetti, espressioni delle molteplici e svariate condizioni ambienti.

XII. Non è il caso di ripetere minutamente l'analisi psicopatologica delle singole anomalie e psicosi sessuali, fatta sulla guida d'altri osservatori; né il tentativo di classificazione, che ho avanzato in proposito, studiandomi di aggruppare i casi di *omosessualità ed onanismo, transitorii ed occasionali,* fra le perversioni sessuali, in cui domina il fattore d'ambiente; quelli di *omoses-*

sualità ed inversione acquisita, di masocismo, feticismo, cronica venere solitaria, nella classe in cui l'elemento psiconeurastenico è operoso; infine le *inversioni originarie,* dove impera l'elemento costituzionale.

Il *sadismo* e lo *stupro* si avvicinano a quest'ultima classe; importano molte anomalie costituzionali, le quali perdonsi nelle deformazioni della originaria delinquenza. Da questo punto di vista non divido l'opinione di quegli autori, che considerano lo stupratore al di fuori dei pervertiti sessuali. Trovasi fra questi ultimi; poichè dimostra di non amare, se non tra la violenza, la paura e la frode.

XIII. Le diverse teorie, proposte dagli autori, sono adunque tutte vere; ma incomplete, allorché vanno prese isolatamente. Sono simboli di gruppi di fatti, ancora oscuri nei loro intrecci e dipendenze.

Senza punto volgermi a nuove teorie, ho cercato una *provvisoria distinzione* delle anomalie e psicosi sessuali in rapporto alla complessa individualità umana, ai peculiari *aspetti* di questa, intimamente legati con i diversi ordini di fattori, esterni od interni. Nè parmi agevole riassumer tutte le perversioni sessuali sotto un carattere unico, dominatore; generate come sono da una moltitudine di condizioni diverse. Sono esse di frequente *anomalie,* in quanto suppongono alterazioni costituzionali; *psicosi,* perchè maturano e si estrinsecano, attraverso condizioni multiple, di alterato temperamento, di turbata intelligenza ed imaginazione (idee fisse impulsive, associazioni di contrasto, suggestioni, ecc.).

XIV. Questa rapida scorsa ne dimostra fra quanti problemi, ordini di fatti e ricerche, si agiti lo studio dello istinto sessuale; come possa soltanto progredire, mercé un coordinato lavoro, spinto in svariate direzioni. Già il Mantegazza con i suoi « Amori degli

Uomini » ha dato un notevolissimo saggio nella linea antropologica; mentre gli alienisti non posano dall'indagare l'innumere varietà delle miserie e turpitudini umane, e gli psicologi vivono vita più serena, allorchè cercano le complesse e gioconde espressioni dell' amore normale. Ma tutti muovono stretti da un medesimo spirito di solidarietà scientifica; ed all'uno non giova sdegnare l'assidua opera dell'altro.

Nocera, 27 Gennaio, 1899.

R. Manicomio di Lucca

EPILESSIA PSICHICA TARDIVA
NEGLI ALIENATI DI MENTE

Nota clinica e anatomo-istologica

PEL

DOTT. ITALO LUCCHESI
Assistente

Di recente il Cristiani (1) metteva in rilievo e studiava l'epilessia tardiva in malati di mente cronici, inguaribili, non vecchi, nei quali da lungo tempo durava la malattia mentale, senza che essi, mai, tanto avanti lo sviluppo, quanto nel decorso della psicosi, avessero sofferto di qualsiasi manifestazione dell'epilessia, e senza che la comparsa di questa si potesse mettere in relazione con qualche altro fattore all'infuori dell'alienazione mentale.

Il Cristiani, dei suoi otto casi, notava in sette la convulsione motoria epilettica, e soltanto in uno (osservazione VI) oltre alla forma motoria, accennava appena all'epilessia psichica.

Ora invece, io ho potuto osservare e studiare in alienati di tal genere nel nostro Manicomio due casi appunto di epilessia tardiva, ma a forma psichica, dei quali poi uno, dirò così, completato e confermato dalla classica convulsione motoria epilettica.

Riporterò prima in succinto i casi clinici ed il reperto necroscopico ed istologico di uno di essi.

(1) Epilessia tardiva negli alienati di mente. Nota clinica e anatomo-patologica. Arch. di Psichiatria, Scienze Penali e Antropologia Criminale. Vol. XVI. Fasc. I.

Osservazione I. (1) — B. M. donna di 41 anno, maritata, senza figli, attendente alle faccende domestiche.

Fra gli antecedenti gentilizii si nota una zia paterna frenastenica, un cugino paterno idiota.

Quanto agli antecedenti personali, sappiamo che la B. è stata sempre intelligente, di carattere espansivo, socievole, mite e buona, costumatissima.

Fu sempre sana e robusta, mai presentò disturbi nevro-psicopatici, nè andò soggetta ad infezioni (sifilide, ecc.) o ad intossicazioni (alcoolismo, ecc.).

Le funzioni mestruali furono sempre scarse. La B. mai rimase incinta.

Nel 1892 in seguito a una emozione di natura depressiva, cadde in preda a melanconia con idee deliranti persecutorio-ipocondriache. Nel Marzo 1894 si rese necessario recludere la B. nel nostro Manicomio, poiché reagiva ansiosamente al contenuto di quelle idee deliranti, aveva tendenze al suicidio, era insonne. Ne uscì il 12 Aprile 1895 guarita dalla malinconia, ma in preda ad incipiente demenza terminale.

Il 1 Luglio 1895 venne di nuovo accolta nel nostro Manicomio, perché la demenza terminale dalla forma tranquilla, apatica, aveva assunto la forma agitata.

La B. è appunto da più di tre anni, cioè dal Luglio '95, da che si trova la seconda volta nel Manicomio in preda a demenza terminale agitata, che presenta i disturbi psichici, di cui ora andiamo occupandoci. Questi sono caratterizzati da forma accessuale, subitaneità di inizio, decorso, fine, brevissima durata, che si riduce appena a pochi minuti, al più a mezz'ora; nessuna motivazione esterna, comparsa anche nella notte, perfetta rassomiglianza degli uni agli altri; prima estremo pallo-

(1) In queste storie cliniche tralascio tutto quello che pel nostro studio non può essere utile.

re, dopo congestione violacea del volto, iperidrosi; violenta, rumorosa agitazione psico-motoria, con impulsioni motrici disordinate, inconsulte: con iattazione motoria, con improvvisi, subitanei, pericolosi atti aggressivi contro le persone, esibizionismo, oscenità, corse sfrenate, incoscienti da non conoscere più ostacoli o pericoli, fino a sbattere della persona contro porte, muri e riportarne gravi ferite; contenuto stereotipato persecutorio-terrifico dello accessuale delirio sensoriale, grandissima irritabilità psichica, parossismi di furore, fulminei impulsi ad una cieca e furibonda distruzione di quanto si para dinanzi, cose e persone, impulsi suicidi, confusione mentale, incoscienza, amnesia, depressione psicofisica post-accessuale, fino ad uno stato di attonitaggine, di semistupore e talvolta di sonno.

Questi accessi di epilessia psichica ora sono rari, isolati, ora più frequenti, 3 o 4 nelle 24 ore, di rado a forma seriale. In quest'ultimo caso si riceve l'impressione di un delirio epilettico, con brevi periodi intervallari, il quale duri un giorno o due. Essi sono più frequenti in relazione a cambiamenti meteorici.

La B. riferisce che subiettivamente, nella imminenza di quegli attacchi di epilessia psichica, prova un senso come di afflusso di sangue al capo, poscia peso alla testa, confusione e offuscamento mentale, indi cade nell' incoscienza.

La malata anche negli stati di calma, abitualmente ha un fare ora docile, sommesso, untuoso; ora e di li ad un tratto invece vivace, risentito, a scatti, precipitoso, irruento.

La B. quando ha più frequenti gli accessi di epilessia psichica, si fa irascibile, rissosa, prepotente, violenta, priva di ogni adattamento sociale, da doverla contenere con mezzi coercitivi ed isolarla in cella.

Dopo l' insorgenza dell' epilessia psichica la demenza si è fatta rapidamente più profonda.

Fra le stimmate di degenerazione antropologica si no

ta nella B. tendenza alla microcefalia, asimmetria fronto faciale, fronte pianeggiante, seni frontali grandi, coperti di forte peluria, naso camuso, orecchie senza lobulo, sessili, occhi grandi, prominenti, labbra grosse, carnose, il superiore tagliato a sghembo; palato duro, piatto, mento aguzzo.

OSSERVAZIONE II. — M. P. uomo di 42 anni, coniugato con figli, povero, bracciante.

Negli antecedenti gentilizii figura il padre frenastenico, ed il nonno paterno alienato.

Quanto agli antecedenti personali sappiamo che il M. era di carattere espansivo, socievole, mite, buono. Era intelligente, costumato.

Di robusta costituzione fisica fu sempre sano, mai per lo avanti nevropatico o psicopatico, non alcoolista.

Nell'Ottobre 1892, dopo un'emozione di natura depressiva, ammalò di mania semplice per cui fu recluso nel nostro Manicomio. Nel M. alla mania tenne dietro demenza terminale agitata.

Il M. da circa quattro anni, cioè dal 1895, da che si trovava in stato di demenza terminale, presenta accessi di epilessia psichica. Questi sono caratterizzati, come nella osservazione I, da subitaneità d'inizio, decorso, fine, brevissima durata, nessuna motivazione esterna, comparsa anche notturna, rassomiglianza degli uni agli altri, contenuto stereotipato persecutorio-terrifico dello accessuale delirio sensoriale; pallore, indi congestione del volto, iperidrosi, violenta, rumorosa agitazione psico-motoria, con impulsioni disordinate, inconsulte, con iattazioni motorie, con improvvisi, subitanei, violenti e pericolosi atti aggressivi contro le persone, corse sfrenate incoscienti, da non conoscere più ostacoli e pericoli, fino a sbattere della persona contro porte e muri, e riportarne gravi ferite; oscenità, gran-

dissima irritabilità psichica, parossismi di furore, fulminei impulsi ad una cieca e furibonda distruzione di quanto si para dinanzi, cose e persone, impulsi suicidi, confusione mentale, incoscienza, amnesia, depressione psicofisica post-accessuale, con attonitaggine, semistupore.

Questi accessi di epilessia psichica, ora erano rari, isolati, ora più frequenti, di rado seriali; ora in relazione a cambiamenti meteorici.

Il M. anche negli stati di calma, abitualmente avea assunto un fare vivace, risentito, a scatti, precipitoso, irruento, irascibile, rissoso, prepotente, violento, privo di ogni adattamento sociale, da doverlo contenere con mezzi coercitivi, isolarlo in cella.

Dopo l'insorgenza della epilessia psichica la demenza si é fatta rapidamente più profonda.

Fra le stimmate di degenerazione antropologica si notava plagiocefalia, assimmetria fronto-facciale, arcate sopracigliari sporgenti, faccia slargata, con zigomi pronunziati.

Il M. da due anni, cioè dal 1897, cominciò a soffrire anche di classiche convulsioni epilettiche motorie. Ne aveva avute in due anni, cinque, quando il 22 Giugno 1898, dopo convulsioni epilettiche motorie seriali, morì in stato epilettico.

Autopsia (1). — Leptomeningite cronica. Notevole opacamento, forte vascolarizzazione e spessimento delle meningi, abbondante essudato siero fibrinoso e sanguinolento, specie lungo il decorso dei vasi: aderenze delle meningi alla corteccia cerebrale. Tutti questi fatti anatomici sono più accentuati in corrispondenza delle circonvoluzioni frontali e centrali.

Atrofia della corteccia. Al taglio della sostanza cerebrale numerosissimi punti emorragici.

(1) Nel reperto anatomo-istologico tralascio tutto ciò che pel nostro studio non può essere utile.

Reperto istologico — Fissazione in liquido di Müller. Colorazione al carminio alluminato ed al metodo del Weigert. La corteccia cerebrale, specie nei lobi frontali e circonvoluzioni centrali, presenta in tutti i suoi strati le cellule deformate; poche conservano la forma piramidale, quasi tutte sono ridotte di volume, globose, irregolari. Si colorano male e mostrano contorni sbiaditi, sfumati, indistinti.

I prolungamenti sono granulosi, spezzettati e per lo più sono interamente distrutti e scomparsi.

Il corpo cellulare é in preda a disfacimento granuloso e a degenerazione giallo-globulare (Colucci).

Il nucleo appare ora come rigonfio, torbido, ora pallido, indistinto, ora anche deformato, spesso è eccentrico e nucleo e nucleolo mancano. In gran parte gli elementi cellulari sono ridotti ad un informe ammasso di granulazioni, occupante lo spazio pericellulare dilatato. Si riscontrano di frequente e dovunque larghe zone di corteccia. in cui le cellule o sono scarsissime, o del tutto scomparse.

Si osserva forte e diffuso infiltramento nucleare, specie attorno alle cellule maggiormente alterate. Quivi l'infiltramento nucleare, ricchissimo, invade anche lo spazio pericellulare e lo stesso protoplasma della cellula.

Evidentissima la proliferazione dei corpuscoli di nevroglia, con neoformazione e sclerosi nevroglica.

Si notano i vasi con forte infiltramenlo nucleare e spessimento delle loro pareti, al quale partecipa anche l'intima.

Le fibre nervose ci si presentano scolorate, ora atrofiche, esili, ora varicose: brevi, tronche, spezzettate. sgretolate, granulose. Tratti di sostanza nervosa mostrano poche o punto fibre nervose.

Che in tutte e due le osservazioni riportate si tratti di accessi di epilessia psichica risulta troppo evidente dalla forma accessuale, subitaneità d'inizio, decorso, fine, brevissima durata, che si riduce appena a pochi minuti, al più a una mezz'ora, nessuna motivazione esterna, comparsa anche nella notte, perfetta rassomiglianza degli uni agli altri; prima estremo pallore, dopo congestione violacea del volto, iperidrosi, violenta, rumorosa agitazione psico-motoria, con impulsioni motrici disordinate, inconsulte, con iattazione motoria, con impronti, subitanei, pericolosi atti aggressivi contro le persone, esibizionismo, oscenità, corse sfrenate, incoscienti, da non conoscere più ostacoli o pericoli, fino a sbattere della persona contro porte, muri e riportarne gravi ferite; contenuto stereotipato persecutorio - terrifico dello accessuale delirio sensoriale, grandissima irritabilità psichica, parossismi di furore, fulminei impulsi ad una cieca e furibonda distruzione di quanto si para dinanzi, cose e persone, impulsi suicidi, confusione mentale, incoscienza, amnesia, depressione psico-fisica postaccessuale, fino ad uno stato di attonitaggine, di stupore e talvolta di sonno.

Lo confermano poi le classiche convulsioni motorie epilettiche, prima isolate, poi seriali, (stato epilettico con esito letale) del secondo malato.

Altra prova é fornita dal carattere psichico proprio degli epilettici in ambedue i malati e dalle loro stimmate di degenerazione antropologica (asimmetria del piano di organizzazione).

Quanto alla patogenesi di quegli accessi di epilessia psichica, nei miei alienati, non troviamo momenti etiologici capaci di determinare l'epilessia. Mancano infatti gli abusi della vita, la sifilide, traumatismi cerebrali, insolazione, cardiopatie, arterio-sclerosi, malattie di altri organi o visceri, infezioni, intossicazioni, senilità (età avanzata, o senilità precoce dei pazzi).

I miei alienati, mai hanno sofferto cefalee, emicranie, vertigini etc., da sospettare in essi di una epilessia larvata precedente all' insorgere della epilessia di cui ora andiamo occupandoci. Quindi bisogna mettere lo sviluppo della epilessia tardiva psichica in relazione con l' alienazione mentale, nel cui substrato anatomico troviamo la causa determinante della epilessia, come nella degenerazione ereditaria dei miei malati troviamo la causa predisponente.

Il Cristiani (1) infatti nei suoi alienati affetti poi da epilessia tardiva, ma a forma motoria, trovò lepto-meningite cronica, sclerosi ed atrofia della corteccia cerebrale, specie in corrispondenza dei centri psico-motori. Egli con lo stimolo abnorme indotto da quei processi morbosi su i centri psico-motori spiega l' accumulo di tanta tensione nervosa fino a che essa si rompe e si hanno allora scariche convulsive, ora motorie, (casi del Cristiani). ora (come nei nostri casi) psichiche. Ed infatti anche io nella osservazione II, ho riscontrato le stesse, identiche alterazioni. Di più io ho potuto praticare ricerche istologiche nell' osservazione II. Queste hanno messo in evidenza, specialmente nei lobi frontali processi flogistici, processi degenerativi fino alla totale e completa distruzione degli elementi specifici nervosi (cellule e fibre), processi di neoformazione o sclerosi nevroglica.

Con questi processi patologici in atto, si spiega benissimo l' abnorme stimolo dei lobi frontali, che oggi vengono considerati come la sede dei più elevati processi psichici (Bianchi), indi l' accumulo di tensione nervosa psichica, ed al rompersi di essa le scariche convulsive psichiche, l'epilessia psichica.

Nei due miei alienati, affetti poi da epilessia psichica tardiva, esisteva, come già fu rilevato, la degenerazione ereditaria quale causa predisponente dell' epilessia.

(1) Loc. cit.

Cioé anche i miei alienati, sono dei degenerati ereditarii, in cui l' esame antropologico ci ha rilevato le stimmate proprie agli epilettici. Essi così erano già originariamente predisposti, dei candidati all' epilessia.

Quanto ai caratteri clinici dell' epilessia psichica tardiva in alienati, le due osservazioni riportate mostrano che gli accessi hanno un' insolita, straordinaria frequenza, quale non si riscontra nemmeno nelle convulsioni motorie epilettiche (salvo la forma seriale). Tale frequenza potrebbe forse tenere alla distruzione delle più recenti e perciò meno organizzate, quindi meno stabili stratificazioni mentali, che sono i processi psichici più elevati, cioè dei poteri mentali, moderatori, inibitori, distruzione operata nel senso psicopatologico dalla psicosi e dalla demenza terminale, nel senso anatomico dai processi morbosi macro e microscopici gravi e diffusi riscontrati nei lobi frontali, sede appunto di quei più elevati processi psichici (Bianchi).

Allora le stratificazioni mentali più antiche, e perciò più organizzate e quindi più stabili (istinti, passioni, sentimenti egoistici, impulsività, violenza, inadattamento sociale) tornano a prendere il primato, acquistano egemonia a costituire i caratteri psichici dell' epilessia.

Inoltre gli accessi di epilessia psichica tardiva in alienati contribuiscono potentemente, molto più degli accessi motori, ad accelerare e a rendere più profonda la demenza terminale di quegli alienati. Ed è naturale dal momento che l' uragano psichico (epilessia) apportatore di devastazione e distruzione mentale (demenza terminale) si scatena appunto nei campi psichici, le cui vaste provincie sono largamente rappresentate dai lobi frontali (Bianchi), dei quali appunto già vedemmo le gravi e diffuse e sempre crescenti alterazioni macro e microscopiche, substrato anatomico al tempo stesso e della psicosi e della demenza terminale e dell' epilessia psichica tardiva.

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Dott. Domenico Ventra

SULL'AZIONE FISIOLOGICA
DEL TIMO E DELLA TIROIDINA

Ricerche sperimentali

PEI

Dottori D. Ventra e G. Angiolella

I.

Per quanto sieno state e sieno numerose le ricerche e gli studi sul valore, che hanno nel nostro organismo quelle glandole che si dicono sanguigne o a funzione interna, come l'ipofisi, la tiroide, il timo, la milza, le capsule surrenali, può nondimeno affermarsi molte essere ancora le incognite che rimangono sul loro vero e preciso significato, sui rapporti che fra loro intercedono, sui disturbi generali che le loro singole e differenti alterazioni possono indurre. E ciò, non ostante che un aiuto alla soluzione di questi problemi parrebbe dovesse venire dalla tendenza odierna ad usare gli estratti di questi e di altri organi dell'economia a scopo terapeutico, tendenza che, mentre da un lato ha aumentato il fervore dei ricercatori, presentando loro, oltre all'obbiettivo puramente scientifico, anche uno pratico alla ricerca, dall'altro ha fornito un altro metodo d'indagine, un'altra via donde può venire luce alla quistione, perchè é chiaro che dagli effetti cui l'estratto di uno di questi organi

dà luogo quando è introdotto in un organismo infermo, puossi indurre qualche cosa circa l'azione che esso vi esercita colla sua normale funzionalità.

La tiroide é, fra queste glandole, una delle più studiate, sia sotto il primo, sia sotto il secondo dei due punti di vista sopra cennati; eppure i dubbi sono ancora numerosi e vive le discussioni al riguardo, fino al punto che, mentre é generalmente accettata l'opinione che essa abbia un'azione importante alla nutrizione dell'organismo in genere e del sistema nervoso in ispecie, producendo una sostanza destinata o direttamente a tale ufficio, o a neutralizzare le tossine prodotte dal lavorio vitale di questi organi; d'altra parte un illustre osservatore qual' è il Munk (1) ha di recente, in base ad osservazioni di tiroidectomia su cani, gatti, conigli e scimmie, sostenuto che la tiroide non é un organo necessario alla vita, che nei suoi animali notò assenza di fenomeni morbosi o sintomi lievissimi e che la cachessia, che talvolta si osserva in essi, è la cachessia di tutti gli animali da laboratorio, sani o assoggettati ad una qualsiasi operazione.

Lo Eiselsberg (2) peró, fa notare al Münk come egli non abbia badato alla presenza delle paratiroidi, le quali possono, quando non sono estirpate, supplire vicariamente la tiroide; e le quali, anzi, secondo alcuni, avrebbero importanza maggiore di quella della tiroide medesima, come parrebbe p. es., dal fatto che il Vassale e il Donaggio (3) nei cani paratiroidectomizzati han ri-

(1) Münk — Zur Lehre der Schilddrüse — Virchow' s Archiv Bd. 15 H. 2, 1897.

(2) Eiselsberg — Zur Lehre von der Schilddruse — Virchow' s Archiv., Bd. 153 H. I. 1898.

(3) Vassale e Donaggio — Alterazioni del midollo spinale nei cani operati di estirpazione delle glandole paratiroidi — Riv. sperim. di Freniatria, vol. XXII.

scontrato la degenerazione sistematizzata dei fasci piramidali crociati e dei cordoni posteriori con frequenza maggiore e sviluppantesi con maggiore rapidità, che in quelli semplicemente tiroidectomizzati; e lo stesso Vassale (1) in una cagna paratiroidectomizzata notò, in seguito all' azione di una causa esauriente quale l' allattamento, fenomeni di tetania che sparirono colla cura tiroidea.

Questa ipotesi, però non è accettata dal Gley (2), il quale fa rilevare come non possa sostenersi che la tiroide abbia una funzione trascurabile e solo le paratiroidi abbiano una parte attiva, perchè l' Hofmeister nei conigli ottenne il mixedema colla sola tiroidectomia. Aggiunge non potersi considerare come dimostrato che abbiano funzione indipendente, sicchè la tiroidectomia produca il mixedema e la paratiroidectomia la tetania, e quindi conclude che l' ipotesi più probabile è che vi sia un' associazione funzionale, come risulta dal fatto che nei cani stiroidati le paratiroidi si ipertrofizzano, e dopo alcuni mesi dall' operazione contengono una quantità di iodo uguale a quella che normalmente si riscontra in tutto l' apparato tiroideo.

In appoggio a tali idee il Lange (3) ha notato che la tetania si produce anche quando si lasciano in sito le paratiroidi, e precisamente negli animali in cui si sono estirpati 4|5 della tiroide, lasciandone tanto, cioè, quanto basta a conservarli in vita; in questi, sopravvenendo la gravidanza, si hanno fenomeni di tetania, che spariscono coll' uso della iodotirina.

---

(1) Vassale — Tetania da allattamento in una cagna paratiroidectomizzata — Riv. sperim. di Fren. Vol. XXII.

(2) Gley — Glande thyroide et glandules parathyroides — Presse Médicale, N. 4, 1898.

(3) Lange — Rapporti della glandola tiroide colla gravidanza — Zeitscrift fur Geburt. und Gynaekologie vol. 40, I, 1899.

Il Moussu (1), poi, non ammette la supplenza funzionale, avendo trovato che, estirpando la tiroide sola ai cani, gatti ed uccelli, è disturbato lo sviluppo in altezza mentre aumenta quello in grossezza, e che nei cani si produce il cretinismo mixedematoso, nei gatti e nei polli quello atrofico. Ne conclude, quindi, che la funzione tiroidea è necessaria allo sviluppo dell' organismo e non può essere supplita in alcun modo.

∴

Alla sopraricordata presenza del iodo nella tiroide si dà oggi grande importanza; e p. es. il Cyon (2), discutendo i rapporti che decorrono fra il cuore e la tiroide, ammette essere funzione essenziale di questa glandola la produzione di una sostanza (la iodotirina) che, mentre agisce come stimolo sull' apparato nervoso regolatore del cuore, nella sua qualità di preparato iodico in combinazione organica, purifica il sangue di sostanze che potrebbero agire sfavorevolmente sull' apparato suddetto; ond' è che il cuore ha bisogno, per funzionar bene, della normale attività tiroidea. Ed infatti egli ha dimostrato (3) che la iodotirina, introdotta nel circolo, influenza in alto grado i nervi del cuore e dei vasi, specialmente il depressore, dando luogo a notevole diminuzione della pressione sanguigna. Tali vedute ci metterebbero sulla via di spiegare i disturbi cardiaci in alcune malattie che oggi si connettono ad alterazioni

(1) Moussu — Fonction thyroidienne et crétinisme expérimental chez le chien, le chat, et les oiseaux.—Compt. rend. de la Société de Biol. n. 3, 1897.
(2) Cyon — Sur les rapports de la glande thyroide avec le coeur — Comptes rendus de l' Academie de Paris, 1897.
(3) Cyon — Les nerfs du coeur et la glande thyroide — Comptes rendus de l' Academie de Paris, 1897.

della tiroide, come il morbo di Basedow, e avvalorerebbero l'ipotesi della genesi tiroidea di quest' ultimo; ma è uopo dire che, contrariamente alla surricordata opinione, il Miwa e lo Stolzner (1) han dimostrato che la tiroide dei neonati non contiene iodo e credono che questa sostanza non ne sia un costituente essenziale, sicchè anche una tiroide priva di iodo possa funzionare; allo stesso modo che il Weiss (2) e l'Oswald (3), sulla base di osservazioni eseguite dal primo in Breslavia e dintorni e dal secondo in Isvizzera, negano il rapporto affermato dal Baumann fra la quantità di iodo contenuto nelle tiroidi e la frequenza del gozzo nel relativo paese.

*
* *

Numerose sono le ricerche circa l'influenza della tiroide sullo sviluppo dello scheletro e di tutto l'organismo; e, oltre quelle ricordate del Moussu, citeremo quelle del Leonhardt (4), il quale, asportando la tiroide in conigli di 4 settimane d' età, notò una diminuzione del peso del corpo e dello sviluppo in rapporto a quelli di controllo, mentre l' ipofisi avea in loro un peso e volume maggiore e faceva rilevare una notevole iperplasia cellulare. Eseguendo in essi la nefrectomia o l'estirpazione parziale del fegato, l' ipertrofia compensativa

---

(1) Miwa und Stolzner — Ist das Iod ein nothwendiger Bestandtheil der normalen Schilddrüse? — Iahrbücher für Kinderheilkunde, Bd. 45, S. 83.

(2) Weiss — Ueber den Iodgehalt von Schilddrüsen — Münchener Medic-Wochensch, N. 1, 1897.

(3) Oswald — Ueber den Iodgehalt der Schilddrüse — Zeitschrift für Physiol — Chemie, Bd, 23.

(4) Leonhardt — Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung dez Schilddrüse für das Wachsthum im Organismus — Virchow's Archiv, Bd. 149, H. 2, 1897.

dell' altro reno o del rimanente del fegato avea luogo come negli individui sani. Ne conclude che, mentre l' accrescimento dello scheletro subisce nell' animale tireoprivo una grave diminuzione, le grandi glandole addominali, e forse tutte le glandole non subiscono perdita alcuna nella loro forza d' accrescimento e di funzione. Del pari l'A k o p i e n k o (1) ha notato ritardato sviluppo dei diversi tessuti e principalmente delle ossa, insieme a disturbi trofici nella cornea ed oscuramento della lente; ed il D a w i s (2) costata che i disturbi morbosi della tiroide dan luogo ad arresto nell'accrescimento e a nanismo, mentre che, invece, dando della sostanza tiroidea, si esercita un'influenza favorevole sullo sviluppo delle ossa.

*
* *

Altri argomenti molto studiati sono i rapporti della tiroide col morbo di B a s e d o w e l' azione dei preparati tirodei sull' organismo ed in ispecie sul ricambio materiale.

Poichè nel morbo di B a s e d o w si hanno disturbi nel ricambio degli idrati di carbonio con tendenza alla glicosuria alimentare, il B e t t m a n n (3) ha cercato determinare se analoghi disturbi si abbiano coll'alimentazione tiroidea. Ha somministrato la tiroidina o la iodotirina a 20 persone (15 donne e 5 uomini), affette da malattie cutanee o degli organi genitali, ma sani nel resto e specialmente nelle urine. Di queste 20 persone,

(1) Akopienko — Ueber den Einfluss des Schilddrüse auf die Entwichelung der Knochen — Aertzverein der Petersburger Nerv. und. Psych. klin., Sitzung der 27 Febr. 1897.

(2) Dawis — De l' influence de la glande thyroide sur le developpement du squelette — Gazette mèdicale de Paris, 1897. p. 33.

(3) Bettmann — Ueber den Einfluss der Schilddrüsenbehandlung auf der Kohlenhydratstoffwechsel — Bul. klin. Wochenschrfit, 1897.

11 hanno avuto la glicosuria alimentare, ingerendo, dopo una settimana di tale cura, 100 gr. di zucchero sciolto. Egli considera, quindi, la glicosuria del morbo di Basedow come un sintoma frequente nel quadro del tiroidismo.

Il Georgiewsky (1), coll' uso di preparati tiroidei in cani e conigli, ha osservato acceleramento dell' attività cardiaca e del respiro, aumento di temperatura, diuresi, polifagia, polidipsia, azoturia, di tanto in tanto glicosuria, in primo tempo un certo eccitamento dell' animale, dopo, invece, depressione generale, debolezza, paresi, e poi paralisi degli arti, specie posteriori, talvolta diminuzione della sensibilità di tutto il corpo, mancanza dei riflessi, accessi di crampi clonici e morte dell' animale. All'autopsia ha riscontrato: iperemia del cervello, specie della midolla allungata, emorragie capillari nella sostanza di quest' ultimo, nel centro e nelle vicinanze del pavimento del IV ventricolo; la tiroide molto impicciolita, gli alveoli dilatati dalla sostanza colloidea contenutavi, l' epitelio appiattito, ravvicinate le pareti di alveoli contigui.

Nel midollo spinale, poi, di cani stiroidati, il Masetti (2) ha notato lesioni sistematizzate, una volta dei fasci piramidali crociati e dei cordoni posteriori, un'altra del cordone di Goll nella regione cervicale, ed un' altra dei cordoni posteriori nella regione dorsale e lombare. Considera tali lesioni come effetto dei veleni che si accumulano nel sangue dopo l' ablazione della tiroide.

---

(1) Georgiewsky — Ueber die Wirkung der Schildrüsenpräparaten auf den thierischen Organismus — Zeitschr. für klin-Med. Bd. 33, s. 153.

(2) Masetti — Alterazioni del midollo spinale nei cani tiroidectomizzati — Rivista sperim. di Fren. Vol. XXIII.

Il Gluzinsky e il Lemberger (1) insistono principalmente sulla perdita di peso prodotta dall'uso dei preparati tiroidei, perdita che però essi trovano più notevole colla tiroide fresca che non con quella secca e che considerano come effetto della distruzione non soltanto dei corpi grassi, ma anche di quelli albuminoidei.

Discutendo varie quistioni relative a questa glandola, il Magnus Levy (2) esprime la stessa opinione dei due ultimi citati autori, e nota come la mancanza della tiroide dia luogo ad arresto dell'accrescimento e grave degenerazione psichica e fisica, a chiara diminuzione dello scambio gassoso, del calore e della temperatura, mentre l'esagerata funzione tiroidea che ha luogo nel morbo di Basedow determina un aumento del ricambio materiale, con diminuzione nell'organismo dell'albumina e del grasso, fenomeni analoghi a quelli che si riscontrano coll'introduzione artificiale di preparati tiroidei.

Il Traczewsky (3) ha trovato che la carne cruda, il brodo e la carne bollita esercitano azione sfavorevole sugli animali stiroidati, il che egli attribuisce ai fosfati e specialmente al fosfato acido di sodio che produce l'atrofia dei residui della glandola. Le femmine gravide parzialmente stiroidate peggiorano durante la gravidanza, il che vuol dire che l'organismo ha allora maggior bisogno di questa glandola;

(1) Gluzinsky und Lemberger — Ueber den Einfluss der Schilddrüsensubstanz auf den Stoffwechsel — Centralblatt für innere Medicin, 1897, N. 4.

(2) Magnus Levy — Untersuchungen zur Schilddrüsenfrage — Zeitschrift fur klinische Medicin, Bd. 1897.

(3) Traczewsky — Contributo allo studio della teoria della glandola tiroide e della terapia del morbo di Basedow — Neurolog. Centralblatt, XVI, 1897.

le basedowiane, invece, durante la gravidanza migliorano, perché l'organismo utilizza il soprappiù di succo tiroideo. Opina, poi, che la lesione essenziale del morbo di Basedow sia nel pavimento del IV ventricolo, donde partono i nervi della tiroide, e quindi ritiene che dalla lesione di questo punto derivi l'ipersecrezione glandolare, che a sua volta agisce sfavorevolmente sul sistema nervoso. Si produce, così, un circolo vizioso che si può rompere somministrando dei fosfati che neutralizzano il succo tiroideo.

Il Morat (1), invece, avendo notato che la stimolazione della catena cervicale del gran simpatico fa contrarre i vasi tiroidei, mentre quella della catena cervicale li fa dilatare, considera il morbo di Basedow come l'effetto di uno stato irritativo della parte alta del simpatico toracico, di cui sarebbe effetto l'ipersecrezione tiroidea. Ipotesi la quale era stata già precedentemente espressa da uno di noi (2) per spiegare la guarigione ottenuta in un caso di questa malattia colla polarizzazione del simpatico al collo e colla galvanizzazione del gozzo.

∴

Delle applicazioni terapeutiche della tiroide e suoi preparati e derivati, è superfluo parlare, essendo ormai nota l'enorme estensione di tali applicazioni. Se, infatti, dell'organoterapia in genere può dirsi che ha destato

---

(1) Morat — Le grand sympathique et le corps thyroïde— Presse médicale, 22 Nov. 97.

(2) Ventra — La cura del morbo di Basedow colla galvanizzazione e coll'alimentazione di timo fresco — Comunicazione al IX Congresso Freniatrico in Firenze, Manicomio moderno 1896.

entusiasmi che a buon diritto possono e devono definirsi esagerati, a maggior ragione ciò può affermarsi della tireoterapia, la quale, inaugurata dal Gley e dal Vassale nel mixedema, come una felice applicazione alla clinica dei risultati di ricerche sperimentali, è stata estesa a pressoché tutte le entità nosografiche fin oggi conosciute. Accenneremo, quindi, soltanto, come oggi, più che la così detta tiroidina, che è il succo stesso di tiroide disseccato e ridotto a tabloidi, si tende ad usare la tiroiodina o iodotirina, che lo Stabel (1) trova preferibile perchè il suo modo di preparazione rende impossibile la presenza di altri prodotti (ptomaine), ma che, però, trova insufficiente a mantenere in vita dei cani tiroidectomizzati; che il Martin (2) e il Weiler (3) confermano l' utilità di questa cura nel morbo di Basedow, e che il Rogers (4) ne ha avuto buoni risultati in alienati con fenomeni catalettici, e, in generale, presentanti sintomi di inibita attività cerebrale senza lesione organica.

L'Amaldi (5), poi, avendo riscontrata la tiroide alterata sotto forma specialmente atrofica in molti malati di mente, ne preconizza l' utilità terapeutica; ed ultimamente il Salvioli (6) l' ha adoperata in 10 alienati, avendone due guarigioni e due miglioramenti,

---

(1) Stabel — Versuche mit Iodothyrin und thyroaden in thyroidektomirten Hunden — Berliner klin. Wochenschr. n. 33, 1897.

(2) Martin—Goitre exophtalmique et médication thyroidienne — Presse médicale, 13 Iuillet, 1898.

(3) Weiler —La médication thyroidienne dans le traitement du goitre exophtalmique — Presse médicale, 27 aout 1898.

(4) Rogers — Thyroids in catalepsy — American Iournal of Insanity, Vol. LIII, n. 1, 1897.

(5) Amaldi — La glandola tiroide negli alienati — Riv. Sperim. di Freniatria, Vol. XXIII.

(6) Salvioli — La cura tiroidea nelle malattie mentali — Relazione sanitaria del Manicomio di Venezia, 1899.

però nelle forme più recenti di psicopatie, nessun effetto, invece, in quelle croniche.

*
* *

Abbiamo accennato a rapporti funzionali ed anatomopatologici fra la tiroide ed altre glandole, il cui compito fisiologico è ancora più o meno oscuro, come p. es. l' ipofisi ed il timo. Così lo Hektoen (1) in un caso di sclerodermia trovò la tiroide atrofica, cioè del peso di 14 gr., corrispondente a circa la metà del normale; in essa la sostanza colloidea era aumentata ed alterata nel senso di essere divenuta molto più densa, mentre era diminuito il contenuto di tiroiodina. L'ipofisi, invece, pesava 7 gr. mentre il suo peso normale è di 40 cg., e faceva rilevare aumento del numero e del volume delle cellule cromofile. Il Gatto (2), poi, ha estirpato ai gatti talvolta la sola tiroide, tal'altra la pituitaria e la tiroide insieme. I sintomi comuni ai due ordini di operazioni erano: diminuzione del peso del corpo, aumento di temperatura, albuminuria, denutrizione, contratture, esito letale. Nell' estirpazione contemporanea, poi, di entrambi gli organi notò, oltre ai fatti suddetti, contratture generali con scosse muscolari fibrillari, tremore generale, emissione dalla bocca di grande quantità di fluido filante, congiuntivite purulenta, decesso fra attacchi convulsivi.

È stato poi rilevato da varii osservatori il fatto che nel morbo di Basedow si riscontra qualche volta al-

---

(1) Hektoen — Eiu Fall von Scleroderma diffusum in Verbindung mit chronischen fibrosen Veränderung der Schilddrüse— Centralblatt fur allg. path. Bd. VIII, n. 47, 1897.

(2) Gatto—Sulla distruzione della glandola pituitaria e tiroidea— Gazzetta degli Osped. n. 14. 1896.

l'autopsia un'iperemia del connettivo retrosternale con una certa tal quale reviviscenza del corpo glandolare già atrofico. Ciò vide prima il Moebius e poi il Marie, lo Spencer, il Iohnston, il Mossler, il Ioffroy; ed ultimamente il Soupault (1) ha riferito il caso di una giovanetta di 18 anni, sofferente da 8 mesi di un tipico morbo di Basedow, e che morì con fenomeni di asfissia acuta poche ore dopo la estirpazione del lobo destro della tiroide. La tiroide presentava un'iperplasia adenomatosa, le cavità glandolari a forme irregolari con papille sporgenti, cellule epiteliali cilindriche, sostanza colloide aumentata, lesioni che l'A. considera come il primo stadio di una ulteriore trasformazione fibrosa con formazione di cisti. Il timo, poi, era grosso, e le sue parti superiori mostravano quasi la stessa struttura del timo di un neonato, mentre nell'inferiore i lobuli erano ripieni non di tessuto linfoide, ma di cellule epiteliali ed offrivano in parte l'aspetto di piccole cisti mucose colle pareti tappezzate di epitelio cilindrico spesso poggiato su papille sporgenti.

D'altra parte son noti i tentativi di cura timica nel morbo di Basedow, che, inaugurati collo sbaglio dell'Owen (2) che, credendo somministrare ad un infermo della tiroide, gli somministrò, invece, del timo, sono stati poi ripetuti da varii autori, fra cui citiamo il Mikulicz (3), il Ventra (4), il Maude, il Todd (5),

---

(1) Soupault — Maladie de Basedow. Examen hystologique du corps thyroide et du thymus — Bullet. de la Société anathomique, Luglio 97.

(2) Owen — Gozzo esoftalmico e suo trattamento coi succhi glandori - Reitidh Medical Iournal, 16 Febb. 1895.

(3) Mikulicz — Il timo nella cura del morbo di Basedow e del gozzo semplice — La Médecine moderne, Giugno 1895.

(4) Ventra — loc. cit.

(5) Todd — The British Medical Iournal, Luglio 1896.

il Nammack (1), che ne ebbero tutti benefici effetti, mentre solo il Watson Williams notò in un infermo da lui curato miglioramento della nutrizione generale, però aggravamento della tachicardia e della piressia, ed il Makenzie (2) ebbe miglioramento in 12 casi su 20, ma non più notevole di quello avuto in altri 20 casi trattati con altri metodi di cura.

Anche nel gozzo comune questa cura ha dato utili risultati in parecchi casi riferiti dal Reinbach (3) e dal Sacchi (4) e negativi soltanto in uno del Gaibissi (5) e in parecchi di quelli del Galdi (6). Secondo il Sacchi, gli effetti migliori se ne otterrebbero nei casi di gozzo iperplastico non degenerato, di data recente, ed in soggetti giovani.

*
* *

Ora è chiaro che tutto questo fa pensare a rapporti di funzionalità di queste due glandole, di cui, però, non è possibile precisare la natura, principalmente perchè, se sul valore della tiroide esistono ancora dei dubbii e delle controversie, quello del timo costituisce addirittura un'incognita della fisiologia.

Per non occuparci, infatti, degli antichi studii, diremo soltanto che il Tarulli e il Lomonaco comunicarono all' XI Congresso medico di Roma di aver

---

(1) Nammack — A case of exophtalmic goitre treated mith thymus glaud. — New York Medical Iournal, Iuly 1897.

(2) Makenzie — On the treatment of Graves disease by means of thymus gland — American Iourn. of med. scien, Febbraio 1897.

(3) Reinbach — The Brilish Medical Iournal, Ottob. 1896.

(4) Sacchi — V. Il Policlinico — Supplemento n. 13, 1896.

(5) Gaibissi — V. Il Policlinico, Supplemento n. 41, 1896.

(6) Galdi — Il timo nella cura del gozzo esoftalmico e del gozzo comune. — Manicomio Moderno 1897.

riscontrato nei cani operati di estirpazione del timo perdita delle forze, grande voracità e minore accrescimento del peso del corpo, diminuzione dei globuli rossi e dell'emoglobina, aumento dei leucociti che si va accentuando fino ad un mese e mezzo dall'operazione, disturbi trofici del pelo, decolorazione della cute. Il Carbone (1), invece, operando a preferenza sui conigli, ha notato che fra quelli a cui si è estirpato il timo e quelli di controllo, a cui, cioè, aveva aperto lo stomaco, senza però estirpare la glandola, non vi erano differenze notevoli nella curva d'accrescimento del peso del corpo. Nei primi notò soltanto una leggiera e transitoria diminuzione del valore emoglobinico, che, però, si ristabiliva 15 o 20 giorni dopo l'operazione; come pure ebbe a costatare una mediocre e passeggiera leucocitosi, che però si osservava ancora in qualcuno dei conigli in cui il timo era rimasto intatto. Si verificò, infine, negli animali stimizzati una leggiera azoturia, che il Carbone attribuisce al traumatismo che nell'atto operativo subisce il nervo vago. Sicchè egli conclude che il timo non è organo indispensabile alla vita e che probabilmente non esercita alcuna azione ematopoietica, almeno nella vita estrauterina.

L'Abelous e il Billard (2), poi, in seguito all'estirpazione del timo nelle rane, notarono indebolimento generale, paresi, paralisi, scoloramento della pelle, idremia, edemi, alterazioni delle emazie, emorragie; il che vuol dire che gli animali così operati soggiacciono ad una autointossicazione. In queste condizioni l'iniezione di estratto di timo di vitello determina aumento del-

(1) Carbone — Esperienze sull'estirpazione della glandola timo. — Atti della R. Accademia di Medicina di Torino, Anno LX, 1897.

(2) Abelous et Billard — Recherches sur la fonction du thymus dans la grenouille. — Archives de Physiologie normale et pathologique, 1896.

l'eccitabilità riflessa del midollo e ridà alla pelle il colore primitivo.

Hanvi, in ultimo, notevoli esperienze del Brieger (1) che mettono in rilievo l'azione antitossica di questa glandola. Egli, mescolando all'estratto di timo culture pure di difterite, tifo, eresipela, tetano, ecc., ha trovato molto diminuito il potere tossico di queste ultime. Così, mentre un milligrammo di brodo tetanico rappresentava una dose mortale, 2 decigrammi della miscela di timo e cultura di tetano non davan luogo al menomo fenomeno di intossicazione, anzi gli animali inoculati in tal guisa divenivano immuni verso le culture pure e il loro siero possedeva proprietà immunizzanti.

*
* *

Scarsi sono anche gli studii circa l'azione che il timo esercita quando è introdotto artificialmente nell'organismo. Soltanto il Reinbach trovò che esso produce sintomi tossici molto meno gravi di quelli cui dà luogo la tiroide; il Robertson (2) notò in un ammalato a cui somministrò il timo riduzione dell'emoglobina ed aumento dell'urea; e lo stesso aumento dell'urea, insieme ad aumento anche dei leucociti notò lo Stoppato (3). Infine il Gaibissi è di opinione che l'asportazione del timo e della tiroide riesce a distruggere o almeno ad attenuare gli effetti del tiroidismo.

---

(1) Riscontra: Albertoni. Delle autointossicazioni, nel Trattato italiano di Patologia e Terapia medica, diretto da Maragliano.

(2) Robertson — V. The British medical Iournal, Settembre 1896.

(3) Stoppato — V. Il Policlinico, n. 8, 1897.

II.

A chiarire qualcuno di questi punti controversi, a tentare di gettare qualche luce sulla funzione di queste due glandole e specialmente del timo e sui loro reciproci rapporti, ad assodare quale è la loro azione fisiologica e quindi terapeutica, quale il rispettivo potere tossico, sono diretti questi nostri esperimenti. Essi sono consistiti nel somministrare ad alcuni animali (conigli e cani) dei tabloidi di tiroidina, ad altri dei tabloidi di timo allo scopo di paragonarne gli effetti, e ad altri infine tiroidina e timo insieme per vedere se gli effetti medesimi si elidono o si sommano. Di questi animali abbiamo esaminato i diversi organi macro- e microscopicamente, richiamando in modo speciale la nostra attenzione sui centri nervosi. Questi ultimi abbiamo esaminati col metodo Nissl sia al bleu tionina che al bleu metilene; per gli altri organi, poi, ci siamo avvalsi dei comuni metodi di colorazione al carminio e all'ematossilina (1).

Ciò premesso veniamo all'esposizione degli esperimenti.

Esperienza I.

Coniglio maschio di 5 mesi e del peso di 1357 gr. Gli si somministra un tabloide al giorno di tiroidina, a cominciare dal 26 gennaio 1897. Il 5 febbraio pesa 1252 gr. Dal 6 febbraio gli si danno 2 tabloidi al giorno; muore il 22 marzo 1897 e il cadavere pèsa 1015 gr.

All'autopsia si riscontrano le stesse lesioni notate da

(1) Gli esami microscopici sono stati eseguiti specialmente dal Dott. Angiolella.

uno di noi in altro lavoro, cioè iperemia diffusa nello apparecchio respiratorio e gastro enterico, notevole atrofia della tiroide, iperemia del connettivo retrosternale.

Di questo animale andarono, per cause accidentali, dispersi i pezzi riserbati per l'esame microscopico; sicchè questo non potè eseguirsi.

Esperienza II.

Cagna del peso di 4470 gr. A cominciare dal 6 Dicembre 1896 le si somministrano due tabloidi al giorno di tiroidina. Il 14 Dicembre pesa 4220 gr., il 21 4510, il 28 4295, il 7 gennaio 1897 gr. 4270, il 15 4260, il 22 4184, il 23 4100. La si sacrifica il 24 gennaio.

All'esame macroscopico degli organi non si rileva nulla di differente dai fatti notati nei conigli; anche qui la tiroide è estremamente atrofica, il connettivo retrosternale alquanto iperemico; iperemici ancora i polmoni, il fegato e il tubo gastro-intestinale.

All' esame microscopico si constata: nei pulmoni enorme antracosi, infiltramento di corpuscoli rossi del sangue che riempiono molti alveoli. Nel fegato lieve accumulo di elementi linfoidi intorno ad alcuni vasi. Nello stomaco e nell'intestino leggiera flogosi catarrale; nulla nei reni.

Nella corteccia cerebrale dei lobi frontali predomina l'atrofia delle cellule nervose. In alcune il nucleo é rigonfiato ed eccentrico; in altre tale rigonfiamento arriva al punto da occupare quasi tutta la cellula, riducendo al minimo il protoplasma e fuoriuscendo quasi dai limiti di quest'ultimo; il pigmento è ridotto a piccoli granuli verso uno degli apici della cellula; i prolungamenti sono interrotti e poco colorati. Talvolta il nucleolo trovasi presso il limitare del nucleo così ingrossato. Nella maggior parte delle cellule intorno al nucleo non vedesi del protoplasma che un pallido reticolo formato da

pochi fili intrecciati; in alcune questo reticolo acromatico è meglio conservato, ma la sostanza cromatica non esiste più. Frequente è ancora la degenerazione granulare del protoplasma.

Nella corteccia del lobo parietale si riscontrano le stesse lesioni, e principalmente vi é diffusa la cromatolisi, sebbene un poco meno che nel lobo frontale.

Nella corteccia occipitale è minore ancora il numero delle cellule con completa cromatolisi, e sono più scarse quelle in cui il protoplasma é ridotto a pochi fili reticolari; più frequenti sono, invece, la cromatolisi perinucleare e quella periferica, che lascia vedere corpi di Nissl integri solo intorno al nucleo. Frequente il rigonfiamento, a limiti irregolari, e lo spostamento eccentrico del nucleo.

Nei peduncoli cerebrali non è dato costatare alcuna notevole alterazione cellulare. Nel ponte predomina un'alterazione del nucleo, il quale ha limiti irregolarmente sinuosi, o si confonde addirittura, senza limiti precisi, col protoplasma. Questo ultimo, poi, presenta spesso o la degenerazione granulare o quella vacuolare; e spesso, nello stesso tempo, i prolungamenti o non si colorano o si distinguono appena nella loro parte iniziale. Abbondano, però, le cellule normali.

Nel bulbo si hanno le stesse alterazioni, ma con intensità e frequenza minori; son minime addirittura, poi, nel midollo spinale, in cui si riscontra solo qua e là degenerazione vacuolare del protoplasma, il nucleo rigonfiato e non ben distinto dal protoplasma medesimo.

Esperienza III.

Cagna del peso di kg. 12,620. Dal 22 giugno 1897 le si danno 4 tabloidi al giorno di tiroidina. Il 22 luglio pesa kg. 10,620; il 18 settembre 9,920. Si sospen-

de la somministrazione dal 2 al 6 Ottobre. Il 6 Novembre pesa kg. 9,420. Si sospende dal 6 Febbraio al 6 Marzo 1898. Dal 6 Marzo le si somministrano 6 tabloidi al giorno. Il 6 maggio pesa kg. 15,820; il 19 maggio kg. 16. Le si somministrano in una volta 30 tabloidi di tiroidina e poi si continua con 6 al giorno. Il 17 Giugno pesa kg. 15. Si aumenta la dose ad 8 tabloidi al giorno. Il 7 luglio pesa kg. 16.400; il 21 agosto kg. 15. Il 5 settembre si sospende qualunque somministrazione; pesa 15 kg. Il 10 Settembre pesa kg. 14,300; l'11 kg. 14,600, il 12 kg. 14,700, il 13 kg. 14,200, il 14 kg. 14,300, il 15 kg. 14,200, il 16 kg. 14, 300, il 17 kg. 14,300, il 18 kg. 14,700, il 19 kg. 15,400, il 20 kg. 15,700, il 24 kg. 14,100, il 25 kg. 14,700. Si uccide e all'autopsia si riscontrano le solite lesioni tenui e diffuse, e l'atrofia della tiroide.

All'esame microscopico del sistema nervoso si costatano i seguenti fatti:

Nella corteccia del lobo frontale di sinistra le alterazioni sono scarse, e sono in maggioranza le cellule normali. In alcune si osserva cromatolisi perinucleare, in altre diffusa a porzione della cellula, e talvolta un disfacimento anche della parte acromatica. È specie in alcune zone e negli strati superficiali della corteccia che si osserva piuttosto diffusa ed intensa quest'ultima alterazione, sicchè si riscontrano numerose cellule di cui non v'è che il nucleo e poche zolle di protoplasma disfatto, e talvolta si vedono solo i contorni e pochi fili di quest'ultimo. In altre v'è degenerazione vacuolare. Il nucleo spesso è ingrossato e spostato fino a fuoriuscire dal protoplasma; il nucleolo soventi è deformato e presenta come delle spine alla sua periferia. I prolungamenti per lo più sono integri; talvolta però si distingue solo il principio del prolungamento cilindrassile, molto più pallido del rimanente protoplasma.

Nel lobo parietale sono più frequenti le cellule alterate; si osserva disfacimento granulare, cromatolisi totale, disfacimento della parte acromatica con dissoluzione del protoplasma, di cui talvolta rimangono pochi fili ed il contorno. Spesso nel nucleo incoloro si vedono una quantità di piccolissimi granuli o punti colorati, ed il nucleolo è spinoso. Tali lesioni, però, abbondano più nelle piccole che nelle grandi cellule piramidali.

Nel lobo occipitale abbondano le forme di cromatolisi e di degenerazione granulare, sono rare quelle di disfacimento totale della cellula; frequente è il rigonfiamento del nucleo con atrofia del circostante protoplasma.

Nel lobo frontale destro le lesioni sono, come nel sinistro, scarse, ed abbondano le cellule sane. Negli strati superficiali vedonsi cellule con nucleo rigonfiato e talvolta con contemporaneo disfacimento del protoplasma; talvolta cromatolisi non molto avanzata, talvolta disfacimento di tutto il protoplasma, sì da residuarne il nucleo ed il contorno.

Nel lobo parietale destro le stesse alterazioni, ma molto meno frequenti ed intense che nell'altro lato. Abbonda in taluni punti la cromatolisi perinucleare, che lascia una corona di sostanza cromatica solo nella parte più periferica del protoplasma.

Più rare ancora e meno intense sono le alterazioni nel lobo occipitale dello stesso lato.

Nessuna notevole alterazione nel cervelletto e nel ponte.

Nel midollo cervicale si hanno scarse lesioni. Si osserva qua e là la degenerazione vacuolare e la sparizione dei limiti del nucleo. Talvolta anche il nucleolo é indistinto; tal' altra notasi parziale cromatolisi.

Nel midollo dorsale tali lesioni sono anche meno frequenti; un poco più frequenti sono invece nella regione lombare, specialmente la vacuolizzazione.

Nella tiroide vedonsi gli alveoli collabiti, le cavità al-

veolari impicciolite o scomparse, scarsissima la sostanza colloide.

Esperienza IV.

Coniglio di mesi 6 e del peso di 2165 gr. Dal 5 febbraio 1897 gli si somministrano due tabloidi di timo al giorno. Il 14 febbraio pesa 1945 gr. Dal 15 marzo si aumenta la dose giornaliera a 3 tabloidi, e dal 24 a 4. Il 25 marzo pesa 1850 gr., il 7 aprile 1795. Il 12 aprile si sale a 6 tabloidi; il 27 pesa 1697 gr. Si sospende la somministrazione dal 1 al 9 maggio; il 14 maggio pesa 1535 gr., il 17 muore con convulsioni e il cadavere pesa 1175 gr.

All'autopsia si riscontra: tiroide leggermente atrofica, specie nel lobo medio; leggiera iperemia del connettivo retrosternale; pulmoni iperemici; lievissima iperemia del fegato, dello stomaco e dell'intestino. Notasi una quantità di piccole cisti sierose nel grande epiploon.

All'esame microscopico si costata: nei pulmoni un lieve stato catarrale con desquamazione epiteliale nella mucosa bronchiale; niente di anormale nel miocardio; nel fegato un certo infiltramento parvicellulare nel connettivo interlobulare e intorno ai vasi, le cellule epatiche per lo più in preda a degenerazione grassa. Infiltramento di leucociti e desquamazione dell'epitelio nella mucosa dello stomaco. Nel rene, intorno ad alcuni vasi sanguigni, vedonsi dei globuli bianchi fuoriusciti. Nella corteccia cerebrale, lobo frontale, vedonsi le stesse alterazioni cellulari descritte negli animali avvelenati con tiroidina, però molto meno intense e diffuse, nel senso che sono più frequenti le cellule sane e più rare quelle in cui il protoplasma è completamente disfatto. Frequente è il rigonfiamento del nucleo e la cromatolisi parziale, rara quella totale. Predomina un processo di

atrofia di tutto il corpo cellulare. Le stesse alterazioni si notano nella corteccia parietale, dove anzi sono più numerose le cellule con cromatolisi completa. Meno gravi e frequenti sono nel lobo occipitale.

Nel midollo cervicale la maggior parte delle cellule presenta degenerazione vacuolare, o il protoplasma trasformato in una sostanza granulare o in un reticolo acromatico. Più evidenti sono tali alterazioni nel midollo lombare, dove molte cellule sono completamente disfatte; meno notevoli, invece, nella regione dorsale.

Esperienza V.

Ad una coniglia del peso di 1560 gr. si danno dal 21 ottobre 1898 8 tabloidi di timo al giorno. Il 28 ottobre pesa 1590 gr. Si sospende la somministrazione dal dì 12 al 22 novembre. Il 22 pesa 1560 gr., il 6 dicembre 1585, il 20 1655, il 12 gennaio 99 1625 gr. Dal giorno 26 Gennaio si aumenta la dose progressivamente di un tabloide al giorno. Il 28 Gennaio pesa 1618 gr. Il 29 é arrivato alla dose di 13 tabloidi; si sospende la somministrazione. Il 4 febbraio muore ed il cadavere pesa 1630 gr.

All'autopsia si riscontra la tiroide piccola, atrofica, il timo grosso; i pulmoni ed il fegato iperemici; nello stomaco una rottura nella grande curvatura, da cui fuoriesce una grande quantità di sostanze alimentari nel cavo peritoneale.

All'esame microscopico si costata: nel pulmone raddensamento del parenchima, aumento del connettivo con notevole infiltramento parvicellulare nel tessuto interstiziale. Nessuna alterazione nel miocardio. Nel fegato alcune cellule degenerate; in qualche punto leggiero aumento del connettivo intorno ai dotti biliari ed ai vasi perilobulari. Nello stomaco leggiera desquamazione

dell'epitelio superficiale e glandolare, zaffi di muco e di cellule disfatte negli infundiboli delle glandole. Niente di anormale nei reni e nelle capsule surrenali; normali altresì le glandole sottomascellari.

Nei lobi frontali la maggior parte delle cellule sono sane; solo in alcune notasi rigonfiamento del nucleo, parziale disfacimento del protoplasma o anche totale, sì da vedersene solo il contorno o in tutta la sua estensione o in porzione di esso, rimanendo nell'interno poche maglie protoplasmatiche. Sono molto più frequenti tali alterazioni nei lobi parietali; anzi hanvi alcune zone in cui quasi tutte le cellule sono lese nel modo suddetto, lasciando vedere, cioè, solo il nucleo e il contorno del protoplasma. Abbondano, invece, di più le cellule normali nei lobi occipitali, dove le lesioni sono meno gravi e frequenti. Nessuna notevole alterazione nelle cellule del bulbo e del ponte. Nel midollo cervicale si incontra qua e là qualche cellula a nucleo indistinto e con contorni non netti; la sostanza cromatica, però, è integra e i corpi di Nissl si vedono quasi sempre bene. Nel midollo dorsale, piuttosto, vedesi qualche cellula in cui la cromatina è parzialmente disciolta o trasformata in granuli. Nella regione lombare vedesi qualcuna con cromatolisi perinucleare, qualche altra con nucleo indistinto e confuso col protoplasma.

Esperienza VI.

Cane del peso di kg. 7,600. Il 12 maggio 1897 gli si dà a mangiare un timo fresco di un vitello di 17 mesi, ed un altro timo il 18 maggio. Dal 19 maggio in poi gli si somministrano tre tabloidi di timo al giorno, e dal 16 giugno si aumenta tale dose a 5. Il 26 giugno pesa kg. 7, il 27 Luglio kg. 6, il 18 settembre kg. 6,500. Si sospende la somministrazione dal 2 al 6 ottobre; da

questo giorno gli si danno 8 tabloidi. Il 6 Novembre pesa kg. 6,400. Si uccide il 9 Dicembre.

All'autopsia si riscontrano le solite lesioni, atrofia della tiroide, iperemia del connettivo retrosternale. All'esame microscopico notasi: nei pulmoni un leggiero infiltramento parvicellulare nel tessuto interalveolare e nella sottomucosa bronchiale; un certo aumento dei corpuscoli ameboidi fra le fibre muscolari del miocardio; nel fegato ispessimento delle pareti delle arterie centrali degli acini e diffusi processi degenerativi nelle cellule parenchimali. Stato catarrale della mucosa dell'intestino. Nei reni solo in pochissime cellule epiteliali dei lobuli vedesi qualche processo degenerativo o necrotico. Nella corteccia del lobo frontale i processi degenerativi non sono molto diffusi. Vedonsi, peró, anche qui cellule con nucleo rigonfiato, un po' di sostanza colorata intorno e il resto del protoplasma del tutto incoloro, altre in cui si nota soltanto l'ingrossamento del nucleo, altre in cui residua del pigmento in un lato solo del corpo cellulare, altre in cui il protoplasma appare formato come da una rete di vacuoli, qualcuna in cui anche il nucleo appare risultante di una rete incolora che ha punto di partenza dal nucleolo; quasi tutte, poi, sono pallde, povere di sostanza cromatica. Anche i prolungamenti sono spezzati. Nel lobo parietale le alterazioni sono le stesse; predomina il rigonfiamento e la posizione eccentrica del nucleo e la granulosità e vacuolizzazione del protoplasma, e spesso l'atrofia di quest'ultimo; talvolta alla suddetta vacuolizzazione si accoppia una fragmentazione dei prolungamenti, La cromatolisi totale qui è più rara. Minime sono le lesioni nel lobo occipitale, in ragione del numero minore di grosse cellule piramidali, che sono le più colpite negli altri lobi; non mancano, peró, cellule con cromatolisi più o meno diffusa, prolungamenti frammentati, e simili cose.

Nelle cellule del ponte è frequente la degenerazione giallo-globulare parziale, la vacuolizzazione del protoplasma, la sparizione dei limiti del nucleo, la cromatolisi parziale, rimanendo la sostanza cromatica in un solo lato del corpo cellulare; rara è la cromatolisi totale; spesso osservasi lo spezzettamento dei prolungamenti.

Nel midollo cervicale è frequentissima la degenerazione vacuolare del protoplasma con sparizione dei limiti del nucleo, il quale talvolta arriva a non distinguersi affatto; talvolta si riscontra la degenerazione giallo-globulare parziale; è rara la grave cromatolisi. Le stesse alterazioni si riscontrano nella regione dorsale e lombare del midollo; prevale la degenerazione vacuolare o la giallo-globulare, accompagnata spesso da sparizione dei limiti del nucleo, il quale arriva a non più distinguersi dal protoplasma. Quando, però, quest'ultimo è del tutto fragmentato, allora il nucleo si conserva quasi integro. In qualche cellula vi è fragmentazione dei prolungamenti, in altre il protoplasma é integro e i prolungamenti non si colorano; in altre accade il contrario.

Esperienza VII.

Coniglio di 5 mesi e del peso di 1172 gr. A cominciare dal 26 Gennaio 1897 gli si somministrano un tabloide di timo ed uno di tiroidina al giorno. Il 5 febbraio pesa 1030 gr., il 28 febbraio 635 gr., e muore con diarrea e convulsioni.

All'autopsia si riscontra il tessuto adiposo del tutto scomparso, i muscoli flaccidi, la tiroide ridotta ad un corpo del volume di due acini di miglio congiunti da un sottile filo connettivale, di colore sbiadito. Pulmoni iperemici, cuore flaccido; nello stomaco condizione catarrale ed erosioni emorragiche della mucosa verso il piloro. Intestino tenue congesto; crasso pieno di mate-

riali fecali. Rene normale; vescica piena d'urina.

All'esame microscopico notasi: nei pulmoni stato infiammatorio diffuso; infiltramento cellulare diffuso fra e dentro gli alveoli. Nulla di notevole nel miocardio. Leggiero infiltramento nella mucosa dello stomaco e dell'intestino. Degenerazione grassa diffusa degli elementi parenchimatosi del rene e del fegato.

Nella corteccia del lobo frontale vedonsi cellule con nucleo eccentrico e rigonfiato e protoplasma atrofico, visibile da un solo lato del nucleo, quasi in forma di appendice di quest'ultimo. In altre vedesi in un lato del nucleo il protoplasma povero di sostanza cromatica, nell'altro un reticolo da cui quest'ultima é del tutto scomparsa; spesso tutto il protoplasma è ridotto a questo reticolo acromatico e i prolungamenti sono spariti. Ve ne sono molte, in cui il protoplasma è normale, ma il nucleo é quasi sempre rigonfiato e con limiti indistinti. Tali alterazioni sono abbondanti e diffuse; e vi sono alcune zone corticali in cui quasi tutte le cellule sono degenerate e disfatte.

Nel lobo parietale si notano gli stessi fatti. Nelle grandi cellule piramidali havvi diffusa cromatolisi, nelle piccole è più frequente ed evidente l'ingrossamento del nucleo. Vi son cellule in cui nel nucleo notasi uno stato vacuolare, d'intorno una zona di protoplasma pigmentato e poi di nuovo vacuoli nel resto del protoplasma e nei prolungamenti; in altre, invece, vi è una zona chiara intorno al nucleo e poi scarsa sostanza cromatica nel rimanente protoplasma, che é come disgregato in piccoli granuli. In generale la parte cromatica è scarsa, e di raro si vedono corpi di Nissl ben conformati; per lo più vi sono solo granuli o strisce colorate. Negli strati superficiali osservasi disfacimento anche della parte acromatica, come nei lobi frontali.

Nel lobo occipitale le alterazioni suddescritte sono

molto meno diffuse e frequenti, sicchè la maggioranza delle cellule é integra; notasi, però, in alcune il rigonfiamento del nucleo e la degenerazione vacuolare o granulare del protoplasma; vedesi talvolta il nucleolo diviso in due; spesso i prolugamenti sono scomparsi; rara è la cromatolisi totale.

Nel midollo cervicale di raro le cellule sono sane; per lo più il protoplasma è ridotto in granuli quasi di fina polvere, i limiti del nucleo sono scomparsi, scomparsi i corpi di Nissl; talvolta è disfatta anche la sostanza acromatica; tal'altra, invece, residuano alcuni corpi di Nissl, ma non si distingue più la sostanza fondamentale del protoplasma, né è più possibile discernere il nucleo. Meno diffuse sono tali alterazioni nella regione dorsale. In quella lombare abbondano di più, sebbene meno che nella cervicale; accanto a cellule sane se ne vedono altre in preda a cromatolisi or parziale or totale, ed altre con nucleo indistinto.

La tiroide mostra gli alveoli impiccioliti, collabiti, la sostanza colloidea scarsissima, le cellule epiteliali atrofiche, disfatte.

Esperienza VIII.

Coniglio maschio, dell'età di 8 mesi e del peso di gr. 1767. Dal 12 Maggio 1897 gli si somministra un tabloide di timo ed uno di tiroidina al giorno. Il 3 giugno pesa 1490 gr., il 26 1355, il 27 luglio 1325, il 10 agosto 1005 e muore. All' autopsia si riscontrano gli stessi fatti notati nel caso precedente.

All'esame microscopico si vedono nel pulmone qua e là delle zone di condensamento del parenchima con infiltramento leucocitico fra e dentro gli alveoli. Niente di notevole nel cuore, nel fegato, nel rene e nelle capsule surrenali. Intenso stato catarrale della mucosa dello stomaco.

Nel lobo frontale la massima parte delle cellule è in pre-

da a cromatolisi parziale o totale, con rigonfiamento e scoloramento del nucleo. Nel lobo parietale, invece, é più frequente la degenerazione vacuolare, ma abbonda anche la cromatolisi e rare sono le cellule integre. Abbondano di più queste ultime nel lobo occipitale e più ancora in quello parietale, riscontrandovisi, però, sempre, gli stessi processi.

Anche nella regione dei peduncoli cerebrali, insieme a molte cellule sane, se ne osservano alcune in cui il protoplasma è vacuolizzato, ed altre con parziale dissoluzione della sostanza cromatica.

Nel midollo cervicale abbondano le cellule con disfacimento sia della sostanza cromatica che della acromatica; hanvene altre con cromatolisi perinucleare o parziale, ed altre con frammentazione del protoplasma in tanti cumuli o zolle. Nella regione dorsale domina un processo d'atrofia degli elementi cellulari; vi si riscontrano, peró, sebbene meno frequenti che nella regione cervicale, i processi degenerativi sopra descritti, sopratutto nelle cellule del corno laterale di Clarke. Quivi è frequente la cromatolisi perinucleare e lo spostamento del nucleo, che fuoriesce in parte del protoplasma. Nel midollo lombare si hanno sostanzialmente gli stessi fatti, però in proporzione alquanto minore.

Esperienza IX.

Coniglio del peso di 1790 gr. A datare dal 21 ottobre 1898 gli si somministrano tre tabloidi di timo e tre di tiroidina al giorno. Il 28 ottobre pesa 1725 gr. Si sospende la somministrazione dal 12 al 22 novembre, Il 22 pesa 1635 gr., il 6 dicembre 1542, il 20 dicembre 1630 gr., il 12 gennaio 99 gr. 1725. A partire dal 26 gennaio si aumenta progressivamente un tabloide di timo ed uno di tiroidina per ogni giorno. Il 28 gennaio pesa 1610 gr., il 9 febbraio 1485 gr., l'11 feb-

braio in cui prende 12 e 12 tabloidi, muore e il cadavere pesa 1215 gr. All'autopsia si riscontrano le solite lesioni: tiroide piccola, timo grosso, iperemia dei pulmoni e del fegato, erosioni emorragiche nello stomaco. Al microscopio notasi: nel pulmone infiltramento parvicellulare nel tessuto interstiziale, vasi ripieni di sangue, lieve desquamazione dell' epitelio della mucosa bronchiale. Niente di notevole nel miocardio. Nel fegato vasi alquanto dilatati; qua e là lieve ispessimento connettivale intorno ai vasi e ai dotti biliari; leggiera suffusione di pigmento biliare tra le cellule parenchimali. Rene e capsule surrenali normali. La tiroide fa notare un enorme ispessimento delle trabecole interalveolari con grado avanzato di infiltramento leucocitico; scomparsa ed atrofia dell'epitelio follicolare. Molti follicoli sono in tutto o in parte riempiti ed invasi da leucociti.

Nel lobo frontale vedonsi molte cellule con nucleo rigonfiato, protoplasma atrofico, sostanza cromatica in parte scomparsa, e in alcune disfatta per maggiore o minore estensione quella acromatica. Queste lesioni sono meno frequenti nel lobo parietale; abbondano, invece, un po' di più in quello occipitale.

In molte cellule del ponte il nucleo è confuso col protoplasma, i corpi di Nissl non si distinguono bene, la sostanza cromatica è diminuita. Gli stessi fatti si osservano in molte cellule del midollo cervicale. Nella regione dorsale si vede un numero maggiore di cellule sane, ma molte altre con disfacimento granulare del protoplasma. Nella regione lombare le stesse lesioni che in quella cervicale.

Esperienza X.

Cane del peso di kg. 5,900. A cominciare dal 6 gennaio gli si somministrano due tabloidi di timo e due di roidina al giorno. Il 22 gennaio pesa kg. 5,700, il 27

febbraio 5,500. Si sospende la somministrazione dal 27 febbraio al 6 marzo; da questo giorno si ripiglia aumentando la dose giornaliera a 6 tabloidi, cioé tre di timo e tre di tiroidina. Il 23 marzo pesa kg. 6,600, il 4 aprile 5,800, il 6 maggio 6,000, il 7 giugno 6,200, il 7 luglio 6,800, il 21 agosto 5,500, il 5 settembre 5,500. Si sospende qualsiasi somministrazione. L'11 settembre pesa kg. 5,400, il 12 kg. 5,500, il 13 kg. 5,400, il 14 kg. 5.300, il 15 kg. 5,100, il 16 kg. 5,400, il 17 kg. 5,400, il 18 kg. 5, 500, il 19 kg. 5,800, il 20 kg. 6,100, il 24 kg. 5,400, il 25 kg. 5,400, il 26 kg. 5,500, il 27 kg. 5,500, il 28 kg. 5,700, il 29 kg. 5,800, il 30 kg. 6,000, il 1 ottobre kg. 6,100, il 2 kg. 6,300, il 3 kg. 5,900. Si sacrifica.

All'autopsia si riscontrano le solite lesioni. All'esame microscopico notansi i seguenti fatti: Nel lobo frontale sinistro prevale la cromatolisi parziale, si da residuare la sostanza cromatica solo in una porzione del protoplasma; talvolta, peró, questo processo é diffuso in tutta l'estensione della cellula, sicchè di tutto il protoplasma non rimangono che poche trabecole acromatiche; spesso si osserva rigonfiamento e spostamento del nucleo. Tali lesioni sono irregolarmente distribuite, sicché mentre in alcune zone sono molte scarse, in altre invece quasi tutte le cellule sono in preda non solo a cromatolisi, ma anche a disfacimento della parte acromatica del protoplasma. Nel lobo parietale sinistro vedonsi le stesse lesioni, ma un po' più rare. Vi é, in generale, scoloramento della sostanza cromatica e talvolta impallidimento del nucleo con fusione di esso col protoplasma, sicchè si distingue solo il nucleolo. Talvolta vedesi un po' di sostanza cromatica addossata ad un lato del nucleo e nel resto il protoplasma scolorato. Nel lobo occipitale le medesime lesioni, peró con ancora minore frequenza ed intensità. Nel lobo frontale destro un po' più rare

che in quello di sinistra. Sono alquanto più frequenti invece, nel lobo parietale, dove negli strati superficiali abbondano le cellule con disfacimento pressochè totale della sostanza protoplasmatica o quelle con cromatolisi parziale. Anche alcune delle grosse cellule piramidali sono alterate in modo che si vede solo il nucleo ed i contorni del protoplasma. Talvolta il nucleo è fuso col resto del protoplasma e si distingue solo il nucleolo, che in qualcuna è circondato da un alone chiaro e vuoto. Un po' più rari sono questi fatti nel lobo occipitale.

Nel cervelletto in molte cellule di Purkinje è scarsa la sostanza colorante e ridotta a minuti granuli. Talvolta vedonsi dei vacuoli; spesso residua la parte cromatica solo intorno al nucleo.

Nel ponte vedonsi qua e là cellule con chiazze di degenerazione pigmentaria parziale ed altre con degenerazione vacuolare.

Nel midollo cervicale sono frequenti le cellule con la degenerazione pigmentaria suddetta; meno frequenti nella regione dorsale; in quella lombare, poi, prevale una alterazione del nucleo, che non ha più limiti netti e si fonde col protoplasma; talvolta questa alterazione si associa a quella giallo-globulare del protoplasma.

Nella tiroide gli alveoli sono impiccioliti e quasi scomparsi, collabiti, notevolmente aumentato il connettivo interstiziale.

III.

Riassumendo, dunque, le nostre esperienze, possiamo dire che abbiamo somministrato la tiroidina sola ad un coniglio e due cani, il timo a due conigli ed un cane, mentre abbiam dato timo e tiroidina insieme a tre conigli ed un cane. Dei primi, cioè di quelli avvelenati

colla tiroidina sola, il coniglio è vissuto 60 giorni, ingerendo 105 tabloidi alla dose giornaliera prima di 1 e poi di 2 tabloidi e subendo una diminuzione complessiva di 342 gr. nel peso del corpo. Un cane ha ingerito in 50 giorni 100 tabloidi di tiroidina, cioè 2 al giorno, subendo una diminuzione nel suo peso di 370 gr., però non è morto, è stato da noi sacrificato. Un altro, infine, ha preso la tiroidina per 411 giorni, ingerendone in totale 2196 tabloidi, cioè per 227 giorni alla dose giornaliera di 4, per 104 giorni alla dose di 6, per un giorno perfino di 30 insieme, e per altri 80 a quella di 8 al giorno, e presentando alcuni fenomeni degni di nota, che sono i seguenti. Pei primi 134 giorni, durante i quali ingeriva 4 tabloidi al giorno, subì una diminuzione di peso notevole, cioè di gr. 3200 *in toto*. Da questo punto, però, il peso non diminuì più, che anzi, dopo di essere rimasto stazionario per un certo tempo, cominciò a salire, e, specie dopo la sospensione della cura per un mese, aumentò notevolmente, arrivando da kg. 9,420 a kg. 16,400, cioè kg. 3,780 più del peso che aveva al principio della esperienza. Fu solo dopo la somministrazione di 30 tabloidi in una volta sola e dopo aver aumentato la dose giornaliera a 8 tabloidi che tal peso diminuì di gr. 1400, rimanendo, però, notevolmente superiore al sopraricordato peso di prima della cura, cioè 15 kg. È notevole ancora il fatto che, sospesa la cura, diminuì in 20 giorni di 300 gr. Dunque, la cagna in primo tempo risentì molto dannosamente gli effetti della cura tiroidea, dimagrando molto; in seguito il suo organismo, adattandovisi, potè tollerarne dosi notevoli, e, solo quando queste salirono di molto, subì un certo relativo dimagramento; però fu danneggiato alquanto dalla soppressione dell'alimentazione tiroidea.

Degli animali, poi, a cui abbiam dato il timo, un coniglio ne ingerì in 94 giorni 354 tabloidi, alla dose

giornaliera prima di 2, poi di 3, poi di 4 e poi di 6 tabloidi, subendo una diminuzione complessiva del peso del corpo di 990 gr., e morendo con fenomeni convulsivi. Un secondo coniglio ha ingerito in 92 giorni 716 tabloidi di timo, alla dose giornaliera prima di 8 e poi, mano mano aumentando, di 12. Non é diminuito di peso, anzi è aumentato di 58 gr.; è morto invece per rottura dello stomaco 4 giorni dopo la sospensione della cura, nei quali è aumentato di altri 12 gr. del suo peso. Il cane, infine, ha ingerito, oltre a due timi freschi di vitello, 1138 tabloidi di timo in 200 giorni, alla dose giornaliera prima di tre, poi di 5, poi di 8 tabloidi e diminuendo complessivamente di 1100 gr. del suo peso. Anche questo, però, non é morto, è stato da noi sacrificato.

Venendo, poi, agli ultimi 4 animali avvelenati con entrambi i preparati contemporaneamente, vediamo che il primo coniglio, dopo avere in 34 giorni ingerito 34 tabloidi di timo ed altrettanti di tiroidina, morì con diarrea e convulsioni, essendo diminuito di 537 gr. nel suo peso. Il secondo visse 86 giorni, nei quali prese 86 tabloidi di timo ed altrettanti di tiroidina, diminuendo di 760 gr.; il terzo in 106 giorni prese 257 tabloidi di timo ed altrettanti di tiroidina alla dose giornaliera sempre crescente di 3 fino a 12 dell'uno ed altrettanti dell'altro preparato, e diminuendo soltanto di 575 gr. Il cane, infine, in 237 giorni prese 658 tabloidi di timo ed altrettanti di tiroidina; in totale diminuì di 400 gr. del peso del suo corpo; però è notevole che tale diminuzione si ebbe nei primi 50 giorni della cura; poi il peso andò aumentando, poi diminuì di nuovo raggiungendo la perdita suddetta. Dopo cessata la somministrazione, lo tenemmo in vita altri 23 giorni, nei quali prima diminuì di peso, poi risalí ed in ultimo aveva raggiunto il suo peso, diremo, normale, quello, cioè, che avea prima che lo sottoponessimo a qualunque esperienza.

∴

In un precedente lavoro di uno di noi (1) rilevammo che in media la tiroidina produceva un dimagramento apprezzabile ad una perdita di 10 a 12 grammi nel peso del corpo per ogni tabloide, e che a produrre la morte, mentre bastava un tabloide per 30 o 35 gr. in media del peso del corpo nelle cavie, nei conigli, invece, occorreva una dose che variava, a seconda dell'età e del peso dell'animale da esperimento, sicchè in uno di 2 mesi e del peso di 400 grammi bastava un tabloide per ogni 100 gr., in altri più grandi e pesanti ne occorreva uno ogni 29 gr. o uno ogni 17 a seconda che se ne somministrava una dose giornaliera minore o maggiore. Già da questo si vede come la sensibilità per la tiroidina sia diversa secondo la specie degli animali, essendo maggiore nelle specie più piccole (cavie) che in quelle più grandi (conigli), e come nella stessa specie diminuisca col crescere dell'età e del peso. Notammo, inoltre, come in certi casi l'organismo dell'animale possa adattarsi al tossico in modo che non diminuisca più, ma invece aumenti di peso, e torni a diminuire solo quando si aumenta la dose. Ora tali fenomeni sono stati notati in modo più evidente e spiccato nella serie di esperimenti di cui ci stiamo occupando. Infatti nel coniglio a cui si é somministrata la tiroidina e che era di peso e di età superiori a quelli degli altri delle esperienze precedenti, la diminuzione del peso è stata equivalente a 3 grammi per ogni tabloide e la morte si è avuta con un tabloide ogni 12 gr. Nei cani, invece, la diminuzione di peso fu in uno di 3 gr. per tabloide,

(1) Angiolella — Sull'avvelenamento sperimentale per tiroidina in rapporto alla genesi del morbo di Basedow. (Annali di Neurologia, 1896).

in un altro di 6 grammi, però la morte non si ebbe in nessuno dei due, chè anzi nel secondo si produsse quell'adattamento a cui sopra si è accennato, e che fece sì che esso potesse tollerarne dosi enormi, come quella di 30 in una sola giornata, dapprima, anzi, giovandosene ed ingrassando, e solo quando la dose divenne troppo elevata, subendo un dimagramento relativamente leggiero. E poichè le note necroscopiche riscontrate in questi animali sono le stesse che nelle esperienze precedenti e fra esse ha un posto importante l'atrofia della tiroide, possiamo immaginare che, come una delle cause della morte degli animali sottoposti a cura tiroidea può considerarsi senza dubbio l' ipertiroidismo da noi artificialmente creato, allo stesso modo il divenire innocua, anzi utile detta cura, quando l' organismo ha l'energia di superare il primo stadio di intossicazione, può esser dovuto alla sopraggiunta atrofia della glandola, che fa sì che l' organismo si trovi, diremo così, in equilibrio tiroideo, cioè nè ipertiroico, perchè é venuta a mancare la secrezione glandolare, nè atiroico perchè noi artificialmente gliela abbiamo somministrata. In favore di questa ipotesi starebbe il fatto che quando abbiam soppressa la cura tiroidea l'animale è diminuito alquanto di peso, vale a dire è cominciato ad entrare in una fase di cachessia strumipriva.

Il valore tossico del timo è evidentemente inferiore, giacchè in un coniglio esso produsse una perdita di peso equivalente a gr. 2,79 per ogni tabloide, e la dose mortale fu di un tabloide per ogni gr. 6,11 del peso del corpo. Un altro coniglio morì senza diminuzione di peso per un'ulcerazione dello stomaco, e nel cane la perdita di peso fu di gr. 0,96 per ogni tabloide ingerito.

Unendosi insieme queste due sostanze, l'efficacia tossica aumenta, avendosi nei conigli una perdita di peso equivalente, in media, a gr. 4,57 per ogni tabloide che

sì consideri risultante di mezzo tabloide di timo e mezzo di tiroidina, mentre la dose mortale fu, in media, di uno di questi tabloidi così formati per ogni gr. 10,30, arrivando, però, in uno dei conigli a gr. 17,23, mentre la tiroidina sola non uccide che 12 gr. di coniglio per ciascun tabloide. Nei cani, però, può aversi lo stesso adattamento notato per la tiroidina sola, in modo che, mentre sul principio si ha una certa perdita di peso, in seguito questa cessa o per lo meno si arresta, sicchè l'animale rimane di peso stazionario, se non aumentato.

*
* *

Le lesioni anatomo-patologiche sono pressochè identiche nelle tre serie di animali sopraccennate, e così in quelli morti per l'azione diretta del tossico come in quegli altri da noi sacrificati: iperemie, cioè, tenui e diffuse negli organi respiratorii e digerenti, frequenti erosioni emorragiche nello stomaco, sì da dar luogo in un caso a perforazione di quest'ultimo, integrità assoluta o quasi assoluta dei reni, e, fatti più importanti e più degni di nota, atrofia della tiroide e reviviscenza più o meno marcata del timo o dei suoi residui. Il che vuol dire che anche il timo o il suo estratto si eliminano a preferenza per la via degli organi digerenti e specialmente del fegato, nel quale al microscopio si riscontrano di frequente processi degenerativi ed anche di leggiera flogosi interstiziale cronica, e pochissimo, invece, o niente si eliminano per la via dell'emuntorio renale. E vuol dire ancora che anche il timo produce, per un meccanismo a noi ignoto, come ignoto ci è quello per cui la produce la tiroidina, l'atrofia della tiroide, che non possiamo neanche precisare se consista in un'atrofia primitiva del parenchima che dia luogo ad una iperplasia reattiva del connettivo interstiziale, o ad un

primitivo processo flogistico interstiziale cronico che, comprimendo gli alveoli, dia luogo alla loro atrofia sotto forma di impicciolimento fino alla scomparsa delle cavità alveolari. Forse è più probabile la prima ipotesi anzichè la seconda, sia perchè non si comprenderebbe come e per qual ragione il secreto tiroideo dovrebbe avere azione irritativa sulla tiroide medesima, sia perché, nel secondo caso, non si sarebbe avuta notevole diminuzione di volume della glandola se non nella fase cicatriziale del connettivo, la quale non ci è apparsa all'esame microscopico. Può quindi supporsi che la presenza nell'organismo di grande quantità di succo tiroideo, rendendo inutile la funzione di questa glandola, conduca all'atrofia degli elementi secernenti di essa; e poichè la stessa atrofia si produce introducendo nell'organismo estratto di timo, ciò ci fa immaginare che questo abbia il medesimo valore del succo tiroideo, vale a dire che queste due glandole si equivalgano pel loro ufficio e pel loro significato fisiologico.

Richiamano ancora la nostra attenzione i residui del timo pei fenomeni che presentano e che vanno dalla semplice iperemia del connettivo retrosternale fino ad una vera e propria rigenerazione del tessuto glandolare. È questo un fatto consecutivo all'atrofia della tiroide, vale a dire una ipertrofia compensativa di un organo a funzione analoga od equivalente? Non pare l'ipotesi più probabile, prima perchè non andrebbe di accordo colla spiegazione che ci è parsa la più plausibile dell'atrofia tiroidea; giacchè, dal momento che l'organismo non avrebbe bisogno della funzione della tiroide, per l'artificiale immissione in esso di secreto tiroideo, non si comprenderebbe perché poi tale funzione dovrebbe essere assunta in modo vicariante da un altro organo. Non pare probabile neanche perché, come abbiam visto, tale reviviscenza del timo è stata notata anche nel mor-

bo di Basedow a base di ipertiroidismo, mentre, per quanto noi ne sapessimo, non è stata da alcuno rilevata nel mixedema in cui vi è atiroidismo. Si potrebbe, invece, pensare ad una specie di consenso funzionale fra queste due glandole, per cui l'iperfunzionalità dell' una dia luogo ad iperfunzionalità dell'altra, e, se è vero che dal pavimento del IV ventricolo partono i nervi che animano la tiroide, si può pensare che sieno li vicino anche le origini di quelli del timo, e che, quindi, quando una condizione di eccitamento si indova in quella regione, si produca iperfunzionalità di entrambi gli organi glandolari. Ciò spiegherebbe l'ipertrofia del timo nel morbo di Basedow, e sarebbe in accordo con quella teoria, che considera l' ipertiroidismo di questa malattia non come un fatto primitivo, ma come secondario ad uno stato di eccitamento di determinati centri nervosi. Giacchè poi si sa che la secrezione tiroidea ha molta influenza sul sistema nervoso, non è strano pensare che l'eccesso di tale secreto, sia prodotto naturalmente sia artificialmente da noi colla somministrazione di preparati di questa glandola, agisca eccitando i centri suddetti e provocando così, quando la tiroide è atrofica, ipertrofia, cioè reviviscenza del timo. Checchè sia di ciò, però, è indubitato che, anche sotto questo altro punto di vista, i tabloidi di timo e quelli di tiroidina si comportano allo stesso modo, dando luogo ad effetti identici, sia isolatamente presi, sia somministrati insieme.

Gli organi centrali nervosi all' esame grossolano nulla lasciano vedere di anormale; all' esame microscopico, invece, fanno rilevare processi regressivi e degenerativi degni di nota, che si riassumono nella cromatolisi or parziale, or periferica, or perinucleare, or totale ed ora infine accompagnata a disfacimento più o meno diffuso anche della parte acromatica del protoplasma, nella degenerazione vacuolare, ed in quella pigmentacea o gial-

lo globulare. Il nucleo, poi, talvolta si presenta rigonfiato, tal'altra a limiti indecisi ed indistinti dal protoplasma, talvolta privo di sostanza cromatica, tal' altra, invece, più fortemente colorato, in altri casi, infine, spostato fino a fuoriuscire completamente dalla cellula. Queste alterazioni si riscontrano a preferenza nei lobi frontali e parietali, sono invece più rare in quelli occipitali, e, fra i due primi, in qualche caso prevalgono nei frontali, in qualche altro nei parietali. Sono, poi, in generale, disposte irregolarmente, in modo che, nello stesso lobo, in alcune zone sono molto abbondanti e diffuse, in altre più scarse e leggiere, e mentre si vedono alcuni punti in cui tutte le cellule sono ridotte al nucleo e al contorno del protoplasma, in altri, invece, quasi tutte son sane o lievemente alterate. In qualche caso abbiamo notato ancora che le lesioni sono più gravi nell'emisfero sinistro del cervello, anzichè in quello di destra. Nel ponte e nel midollo allungato spesso non vi sono lesioni notevoli, altre volte invece, notasi la degenerazione vacuolare o qualche alterazione del nucleo; son, però, sempre tali alterazioni minori che nella corteccia del cervello. Predominano in quest'ultima i processi di dissoluzione della sostanza cromatica; quelli, invece, di degenerazione giallo globulare può dirsi che abbiano il predominio nel midollo spinale, in cui si trovano lesioni più frequenti e più gravi nella regione cervicale e lombare anzichè in quella dorsale. Havvi qualche caso, però, in cui le cellule spinali sono tutte o quasi tutte integre, e in ogni modo sempre meno lese di quelle corticali; ed è notevole il fatto che si hanno lesioni spinali meno gravi negli animali avvelenati colla tiroidina, più gravi in quelli soggetti all'azione del timo o del timo e della tiroidina insieme. Parrebbe come se il timo avesse un'azione diremo quasi elettiva sui centri spinali, mentrechè la tiroidina l'ha a preferenza su quelli

cerebrali. Su quest'ultimi, infatti, i guasti prodotti dal timo sono molto meno gravi di quelli che son l'effetto dell'azione della tiroidina, il che concorda con i sintomi clinici che dimostrano il potere tossico del primo inferiore a quello del secondo preparato. Somministrandoli, poi, insieme, non abbiamo riscontrato quel che dice il Gaibissi, cioè che si neutralizzano reciprocamente, in modo che il timo evita i fenomeni del tiroidismo; chè anzi l'azione dell'uno e dell'altro si sommano, in modo che si ha un avvelenamento più grave sia per i fenomeni clinici sia per le lesioni macro- e microscopiche specie nel sistema nervoso e negli elementi cellulari di quest'ultimo.

A maggiore chiarimento, intanto, dalle lesioni microscopiche innanzi cennate, riportiamo alcune figure di preparati sia di tiroide sia di sistema nervoso di diversi dei nostri animali, come si rileva dalle spiegazioni annesse.

IV

I corollarii, poi, che è lecito dedurre dalle suddette osservazioni ed esperienze si possono riassumere nei seguenti paragrafi:

1.° Il timo produce nell' organismo effetti analoghi a quelli cui dà luogo la tiroide, però più lievi, ond' è che l''intossicazione da timo non è, ci si permetta la frase, che un tiroidismo attenuato. Invece l'intossicazione contemporanea cogli estratti di queste due glandole é un tiroidismo aggravato.

2.° In generale, il timo produce una diminuzione del peso del corpo, sebbene in proporzioni minori che la tiroidina; però è possibile una assuefazione dell' organismo tale da dar luogo, invece, ad un aumento di peso, e così si spiega come alcuni autori hanno creduto

che il timo abbia un valore nutritivo e lo hanno consigliato persino negli stati anemici e cachettici; tale assuefazione, però, abbiamo potuto notarla anche colla tiroidina.

3.° Essendo la stessa l'azione fisiologica e minore l' azione tossica, è logico pensare che potrebbe la cura timica sostituirsi a quella tiroidea in tutti quei casi in cui questa è stata riscontrata utile, dovendosene indurre che dovrebbe produrre gli identici effetti con minori pericoli e danni per l' organismo. Difatti, prescindendo da quelle applicazioni che giustamente il Salvioli chiama empiriche della cura tiroidea, quelle che hanno un fondamento razionale e scientifico sono: *a)* nelle malattie per difetto di secreto tiroideo, come compenso fisiologico (mixedema); *b)* in quello in cui v' é ipertiroidismo e quindi riesce utile l' atrofia indotta nella tiroide (morbo di Basedow); *c)* nell'ipertrofia della tiroide (gozzo), per lo stesso meccanismo; *d)* in quei casi in cui riesce utile l' acceleramento del ricambio materiale (polisarcia); *e)* in certe malattie nervose nella cui genesi pare abbia una parte più o meno importante quella alterazione nutritiva che si produce nel sistema nervoso in seguito alla deficiente o lesa funzionalità della tiroide; *f)* infine pare sia utile ad attivare alcuni speciali processi organici formativi, come p. es. la genesi di tessuto osseo in casi in cui questa procede molto torpida (1). Ora in tutti questi morbi è ragionevole supporre che debba essere utile l'estratto di timo, perchè, avendo azione analoga a quello dell' estratto tiroideo, può supplirlo nei casi in cui è deficiente o alterato, perchè produce anch' esso atrofia della tiroide ed acceleramento del ricambio materiale, quest' ultimo, peró, in proporzioni minori, il che impor-

(1) Quenu — La tiroidina nelle pseudoartrosi (Gazette des Hopitaux, Anno 71, n. 138).

ta, come dicevamo, minori pericoli. Ed infatti abbiamo visto che è stato riconosciuto utile nel morbo di Basedow e nel gozzo, in cui è stato adoperato, e niente dice che, esperimentandosi nelle altre suindicate malattie, non possa del pari produrre benefici risultamenti.

4.° Le notevoli e gravi alterazioni che le nostre osservazioni dimostrano nei centri nervosi nell'avvelenamento per tiroidina ci danno ragione dei fenomeni nervosi facili a riscontrarsi nell'intossicazione, diremo così, naturale per eccessivo secreto di questa glandola, come si considera oggi il morbo di Basedow; e stabilisce un'altra analogia fra queste due condizioni la circostanza che, mancando in entrambe lesioni gravi in altri organi, è a queste lesioni apparentemente tenui, perchè invisibili ad occhio nudo, ma in realtà gravi, perchè interessano la compage e quindi la funzionalità delle cellule nervose, cui son dovuti il decadimento dell'organismo e la morte. Ed un'altra analogia è stabilita ancora dall'iperemia fino alla neogenesi del timo, che così nel morbo di Basedow come nei nostri animali è stata riscontrata.

5.° Le alterazioni di cui sopra rappresentano un altro argomento in favore della teoria secondo cui il secreto della tiroide ha un'azione speciale e specifica sui centri nervosi, giacchè se si ammette che questo secreto è destinato, o neutralizzando sostanze nocive, o nutrendo direttamente gli elementi nervosi, a mantenere in essi una data e normale costituzione chimica, è facile concepire che l'eccesso di esso alteri tale costituzione e quindi il loro aspetto morfologico ed il modo vario di reagire alle varie sostanze coloranti.

6.° Infine il ritrovarsi simili alterazioni nell'avvelenamento per timo, fa pensare che anche il secreto timico abbia identico compito nell'organismo, vale a dire quello di fornire una sostanza necessaria alla nutrizio-

ne del sistema nervoso, ipotesi confermata da tutte le altre analogie che abbiamo ricordate fra l' azione che esercita l' estratto di tiroide e quella dell' estratto di timo sull' organismo. E se teniamo presente il fatto che il timo cessa di svilupparsi nell' epoca della pubertà, proprio quando la tiroide subisce un notevole accrescimento, il che vuol dire che vi è una specie di compenso fra questi due organi, nel senso che quando è sviluppato l'uno, é atrofico l' altro e viceversa, ci confermeremo nella idea che il timo esercita quella stessa funzione che poi è assunta dalla tiroide. Ed infatti l' estirpazione del timo si è visto che produce negli animali uno stato cachettico che ha dei punti di somiglianza colla cachessia strumipriva. La minore attività tossica dell' estratto di timo di fronte a quello di tiroide può mettersi in rapporto colla minore attività funzionale del sistema nervoso nell'età infantile, il che importa una minore produzione di tossici da neutralizzare ed un bisogno di sostanze antitossiche e nutritive meno energiche. Come pure il fatto che l' estratto di timo dà luogo a più gravi lesioni nelle cellule spinali e a meno gravi in quelle cerebrali fa pensare che esso abbia un' azione elettiva sulle prime, appunto perchè sono queste che nell' età infantile funzionano di più, sapendosi che i bambini vivono più pel midollo spinale, che pel cervello. Ed infine si spiegherebbe con tale supplenza funzionale del timo alla tiroide nella prima età il fatto notato dal Miwa e dallo Stolzner della scarsa quantità di iodo contenuta nella tiroide dei neonati (1).

Nocera, Aprile 1899.

---

(1) Questa ipotesi, della supplenza del timo alla tiroide, troviamo espressa anche in un recente lavoro del Tanzi. (Due casi di idiozia mixedematosa, Rivista di patologia nervosa e mentale, Vol. IV, fas. 4).

Spiegazione delle figure.

Fig. I. — Corteccia del lobo frontale di cane. (Esp. III., avvelenamento con tiroidina). Solo qualche cellula è normale; in molte si vede il nucleolo ma non si distingue il nucleo; in parecchie poi vi è parziale o totale dissoluzione della sostanza cromatica ed anche della acromatica; talvolta anche il nucleolo è semidisfatto.

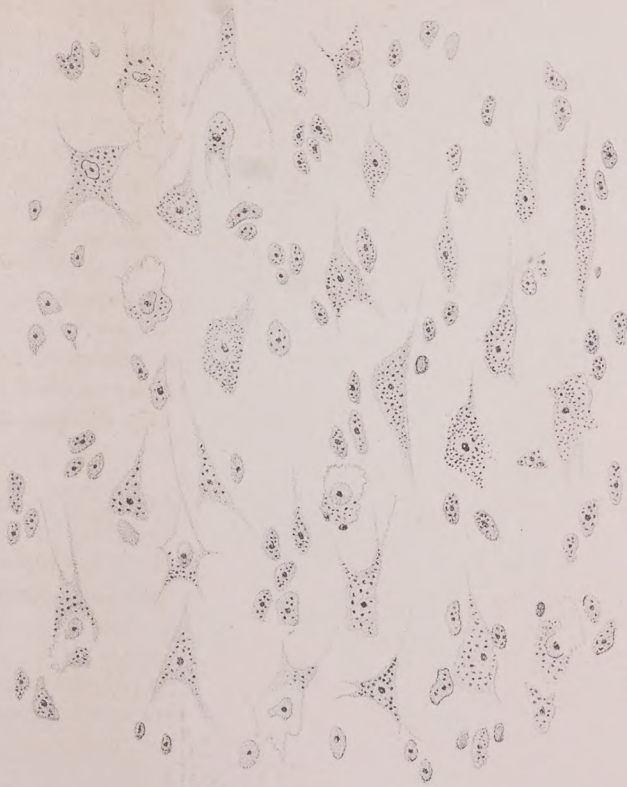
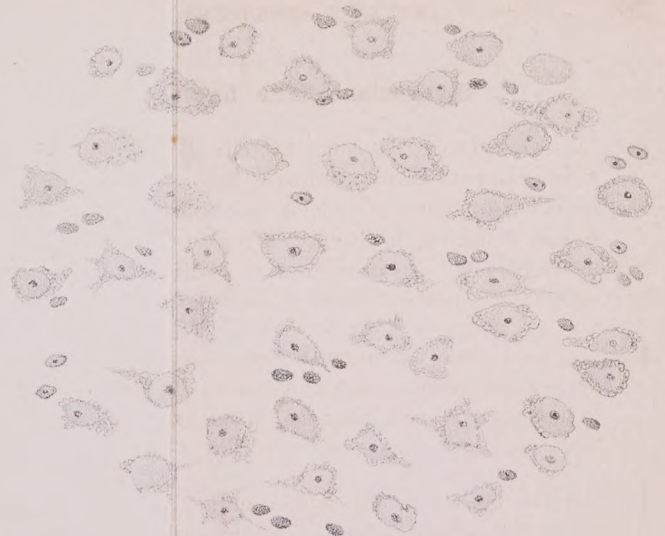
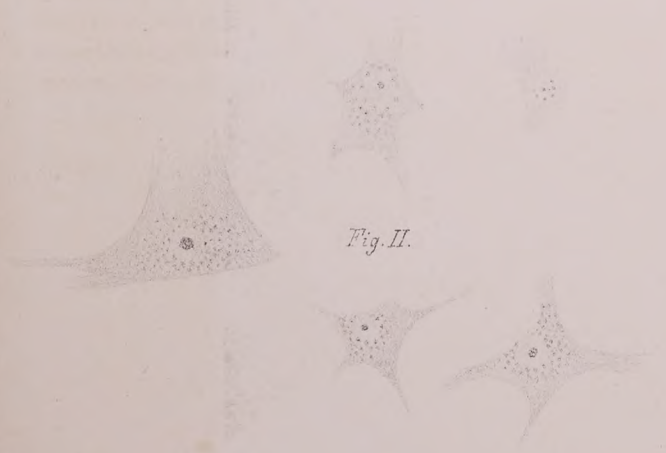
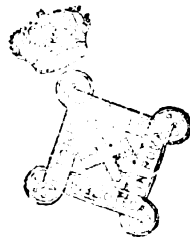
Fig. II. — Cellule del midollo cervicale di coniglio. (Esper. V., avvelenamento con timo). Nucleo indistinto, in una non si vede neanche il nucleolo; dissoluzione della sostanza cromatica.

Fig. III. — Corteccia del lobo frontale sinistro di cane. (Esp. X., avvelenamento con timo e tiroidina). Nelle cellule si nota il nucleo molto rigonfiato, il protoplasma atrofico, povero o completamente privo di sostanza cromatica.

Fig. IV. — Cellule del midollo cervicale dello stesso cane. Il nucleo non si distingue più dal protoplasma; i corpi di Nissl sono scomparsi; degenerazione pigmentacea parziale ad una degli apici di ogni cellula.

Fig. V. — Tiroide di coniglio. (Esp. IX., avvelenamento con timo e tiroidina). Enorme aumento del connettivo interstiziale con infiltramento leucocitico che si estende anche dentro gli alveoli; scomparsa ed impicciolimento di questi ultimi; atrofia degli elementi epiteliali, in gran parte scomparsi.

Le figure sono state eseguite col microscopio Koristka, Oc. 3 Ob. 8.*

C. Amati dis.

lit. A. Serino - Napoli

Istituto di Medicina Legale e Psichiatria, della R. Università
di Pisa diretto dal Prof. **B. Sadun**

RESISTENZA ALLA PUTREFAZIONE

DELLE

cellule della corteccia cerebrale nella serie animale

PEL

DOTT. URBANO ALESSI

Aiuto

Sulle alterazioni cadaveriche considerate in varii periodi di tempo esistono osservazioni interessanti, considerando che per esse sono stati adoperati i metodi più recenti di tecnica istologica. Così per il primo lo Sfameni pubblicò nello Sperimentale (Anno LI, fas. 1.°) uno studio sulle lesioni nervose in seguito alla decomposizione cadaverica. Poi il Neppi (1) adoperando il metodo di Nissl rilevò queste alterazioni sul midollo spinale dei cani. Quindi il Barbacci e il Campacci (2) estendendo le osservazioni a tutto il sistema nervoso rilevarono le alterazioni del protoplasma, nucleo e nucleolo, non trascurando nessun metodo istologico, e mettendo in evidenza molti fatti importanti. Così per esempio, adoperando il metodo Golgi han visto che non

(1) A. Neppi — Sulle alterazioni cadaveriche nelle cellule nervose rilevabili col metodo di Nissl. Riv. di patologia nervosa e mentale, anno II, fas. IV.

(2) Barbacci e Campacci — Sulle lesioni cadaveriche delle cellule nervose. Riv. di pat. nervosa e mentale. Anno II, fas. VIII.

tutte le diverse parti del sistema nervoso presentano la stessa fragilità alla sezione, e primo fra tutti ad essere più fragile è risultato essere il midollo spinale, poi viene il cervelletto e il bulbo, mentre le altre parti dell'encefalo mostrano maggiore resistenza.

Dopo questi studii mi è parso interessante di studiare se vi sia differenza nelle lesioni delle cellule nervose nella serie animale, sottoposte per diverso tempo alla putrefazione. Ho studiato soltanto le cellule nervose della corteccia cerebrale, perchè in animali piccoli sarebbe stato difficile estendere maggiormente l'osservazione. Mi sono servito dei seguenti animali: lucertole (lacerta viridis); rane, topi, piccioni, cavie, conigli, cani. Procedevo per lo studio nel modo seguente: uccidevo l'animale per decapitazione, poi prendevo cinque pezzetti della corteccia cerebrale di ciascuno e tutti li ponevo sotto una campana di vetro, nella quale circolasse l'aria. e di là li toglievo dopo 12, 24, 48, 60, 72 ore per fissarli nella soluzione di sublimato corrosivo (Heidehnein). Come metodo di colorazione usai la tionina e il bleu di metilene (Nissl). Riassumo brevemente i risultati dell'esame istologico.

Dopo 12 ore non riscontrai nessuna lesione sia nelle cellule nervose della lucertola, sia in quelle della rana e del topo; invece già in quelle della cavia e del coniglio notai come il protoplasma cellulare non fosse colorato uniformemente, e questo fatto era molto più evidente nei cani. Dopo 24 ore anche il protoplasma delle cellule della lucertola e della rana mostrava difetto di fissazione della sostanza colorante, mentre che nel topo e nel piccione era evidente la frammentazione delle zolle cromatiche ed un principio di cromatolisi. A questo punto nella cavia, coniglio e cane si mostravano non solo vacuoli, e disgregazione delle zolle cromatiche, ma vi erano pure rotture nei prolungamenti pro-

toplasmatici e assiali, e anche il nucleo era spostato, impallidito e deformato.

Più gravi alterazioni comparirono dopo 18 ore. Infatti già nella lucertola, e nella rana il protoplasma delle cellule nervose si mostrava in completa fase cariocinetica; il nucleo spostato e pallido; i prolungamenti protoplasmatici e assiali frastagliati e spesso scomparsi. Nel topo e nel piccione si notarono numerosi vacuoli, distruzione della parete nucleare, e scolorazione dei granuli del nucleo e il nucleolo appena visibile.

Nella cavia e nel coniglio la maggior parte delle cellule nervose erano ridotte di volume, senza contorno netto, con masse incolore intorno al nucleo, il quale pure era pallido, sformato, e dentro ad esso si notava appena accennato il nucleolo. Nel cane poi non solo non osservai residuo di protoplasma, ma anche il nucleo era ridotto ad un ammasso di granuli e solo il nucleolo presentava in qualche punto del campo di osservazione un contorno netto.

Nei preparati sottoposti all'esame microscopico dopo 60 ore solo nella lucertola e nella rana osservai una parvenza di residuo del nucleo, poichè il protoplasma cellulare era scomparso e rappresentato solo da grandi vacuoli e da piccole masse di granuli sparsi intorno al nucleo stesso. Nel topo, nel piccione e nella cavia anche il nucleo nella maggior parte dei preparati, si mostrò deformato, con zone incolore, e anche il nucleolo era appena visibile.

Nel coniglio e nel cane in nessun preparato fu possibile vedere un nucleo con contorno netto, e tutto l'insieme cellulare era costituito da zolle sparse senza orientazione intorno ad un punto più colorato e che rappresentava il nucleolo.

I preparati fatti coi pezzi che avevano subito per 72 ore il processo putrefattivo, non solo presentarono gran-

de difficoltà all'induramento e alla sezione, ma all'esame microscopico mostrarono che gli elementi nervosi erano quasi refrattarii alla colorazione, tantochè sia nella lucertola, sia nella rana, come nel topo e nel piccione, si vedevano grandi vacuoli limitati da una parte scolorata, e qua e là qualche granulo senza orientazione. Nella cavia poi, nel coniglio e tanto meno nel cane era evidente un vero processo di necrobiosi, per cui difficilmente era rilevabile qualunque residuo di cellula nervosa. Questi sono i risultati ottenuti studiando le cellule nervose della corteccia cerebrale in varii animali, e prima di tentarne una qualunque spiegazione voglio riferire alcune osservazioni fatte sulla corteccia cerebrale di individui morti per date malattie, e studiati microscopicamente dopo un dato periodo di tempo.

Ho studiato a questo proposito la corteccia cerebrale di un morto per polmonite, di un morto per vizio cardiaco, uno per tifo ed uno per uremia consecutiva a nefrite interstiziale. Collo stesso processo feci per tutti questi l'esame microscopico dopo 60 ore dalla morte. Prescindendo dalle diverse lesioni che al momento della morte queste diverse malattie potevano aver prodotto nelle cellule cerebrali e da quelle che potevano prodursi prima che l'autopsia fosse fatta, volli vedere se vi fosse differenza di alterazione sottoponendo la corteccia cerebrale all'esposizione all'aria libera per date ore.

Dopo 60 ore di questo trattamento feci i miei preparati ed osservai i fatti seguenti. Nei preparati di corteccia cerebrale del polmonitico e del tifoso si notò che tutte le cellule nervose erano in fase di cariolisi, con nucleo pallido, spostato, contornato da spazii chiari, coi prolungamenti frammentati, granulosi, e con nucleolo appena colorato. Accanto a questi elementi si vedevano

ammassi informi di granuli, residui di cellule completamente distrutte.

Nella corteccia dell'uremico in qualche preparato notai qualche resto di protoplasma cellulare, per quanto ridotto a zolle pallide, omogenee, le quali si attorniavano al nucleo che era spostato, scolorato e grinzoso; anche il nucleolo era appena accennato. Minori alterazioni notai nella corteccia cerebrale di quello che morì per vizio cardiaco. Così in questi preparati non solo era visibilissimo il nucleolo, ma pure il nucleo era assai bene delimitato per quanto spostato e pallido: il protoplasma cellulare presentava zone scolorate, vacuoli e spesso era ridotto a frammenti di granuli che facevano contorno al nucleo in masse disordinate e difformi.

*
* *

Queste osservazioni d' istologia cerebrale mi danno occasione di fare alcune conclusioni.

Abbiamo osservato che nella corteccia cerebrale sottoposta ad un dato processo le lesioni riscontrate, a pari condizioni, sono tanto più gravi, per quanto si sale nella scala zoologica, e pure sono più gravi, riferendosi all'uomo, quando si tratta di un processo infettivo o tossico, e così per es. sono risultate maggiori nel tifoso e nel polmonitico, minori invece nell' uremico e tanto meno nel cardiaco.

Riferendoci per il momento agli animali, è risultato evidente che gli esseri più bassi nella scala zoologica mostrano maggior resistenza di quelli che stanno più in alto, e a questo proposito forse dobbiamo pensare all' organizzazione più complessa p. es: pel cane a confronto del topo e della lucertola. Questa maggiore o minore resistenza può derivare non solo dall'alimen-

tazione differente dei varii animali, ma ancora dal ricambio organico che è vario nella serie zoologica, e forse da una tessitura differente dello stroma protoplasmatico.

Il Danilewsky (1) per es: ammette l'evoluzione anche nella molecola albuminoide, per cui negli animali superiori sarebbe più complessa e così corrisponderebbe a più complesse funzioni. Questa maggiore complessità naturalmente trarrebbe con sè la conseguenza di un minor grado di resistenza alle azioni esterne, e ci spiegherebbe forse la maggior disposizione alle malattie degli animali che più stanno in alto della serie zoologica, e darebbe ancora una spiegazione di ordine chimico al fatto da me studiato che le cellule nervose di animali inferiori resistono di più ad un processo di dissoluzione, di quello che non sia per le cellule di animali più evoluti. Questa quistione merita di essere presa in seria considerazione, poichè solo potremo darci ragione delle differenze fra i fenomeni vitali e psichici degli esseri, quando potremo stabilire la esatta composizione delle varie molecole albuminoidi, e se veramente e in qual maniera esse subiscano, come tutta la materia, l'evoluzione progressiva; ciò che del resto è molto probabile. Tutte le scienze biologiche trarrebbero vantaggi enormi da questa dimostrazione, ma la psicologia sopra tutto, potrebbe cominciare a piantare i suoi fondamenti sopra un terreno solido e veramente scientifico. A questo proposito mi sia permessa un'ipotesi. Ammesso che nella composizione degli elementi cellulari di ciascun individuo nella serie animale, debbano prender parte gruppi molecolari più complessi

(1) Danilewsky — La sostanza fondamentale del protoplasma e le sue modificazioni durante la vita. Atti dell'XI Congresso medico internazionale. Roma 1894.

per quanto l' animale è più elevato nella serie, noi troviamo subito un rapporto fra questo fatto chimico e la complessità progressiva delle manifestazioni psichiche.

Gli animali delle prime serie zoologiche, che hanno così scarse manifestazioni psichiche, avrebbero, per costituenti delle loro cellule nervose, gruppi molecolari assai semplici, quindi più resistenti, sottoposti a minore ricambio, quindi nel loro seno vi sarebbe minore sviluppo di energia, ciò che potrebbe equivalere al minore potenziale nervoso-psichico. Questi gruppi molecolari seguendo l'evoluzione, in quei limiti concessi a seconda dell' animale del quale andranno a costituire la cellula nervosa (1), facendosi più complessi aumenteranno i loro rapporti di scambi reciproci coi gruppi vicini, per cui vi sarà aumento *nello stesso periodo di tempo* (e questo fatto non va dimenticato) delle energie sviluppate, le quali potrebbero aver rapporto coll' aumento dei processi psichici. Non voglio dilungarmi a discutere intorno ad un' ipotesi, mentre il mio breve lavoro ha carattere del tutto positivo, però non abbandonerò l' idea, cercando piuttosto di avvalorarla con altri fatti bene accertati.

In un mio lavoretto (2) dimostrai l'anno passato con osservazioni istologiche che, anche a condizioni da noi ritenute fisiologiche per l' animale, sia per le cellule nervose, sia per quelle del fegato e del rene, sempre se ne aveva qualcuna che presentava qualche alterazione, e che sia per il numero sia per l' intensità della lesione si seguiva una scala ascendente per quanto l'animale apparteneva ad una classe più elevata. Per cui

(1) N: B: Dicendo cellula nervosa non va escluso che ciò debba accadere anche per le altre, ma per ora io mi sono riferito solo a quella.

(2) *Alessi* — Osservazioni d' istologia cerebrale. Estratto dal Giornale « Il Manicomio moderno » . Anno XIV N. 3 1898.

quell' osservazione sta a conferma dello studio presente.

A complemento delle osservazioni fatte sugli animali, ne ho pure riferite alcune praticate sulla corteccia cerebrale di persone morte per varie malattie, e l'esame istologico mi ha dato, come si è visto, risultati differenti per ciascuno. Così in prima linea, per gravezza di lesioni, sta il polmonitico e il tifoso, poi viene l' uremico e quindi il cardiaco. Non possiamo certamente valutare il grado di resistenza proprio alle cellule nervose di questi quattro individui, ma intanto ne deduciamo questa conclusione che un processo infettivo altera gravemente la cellula nervosa, e a questo proposito vi sono numerosi lavori; che invece per lo stato tossico indotto dall' uremia, le lesioni non raggiungono mai il grado delle prime; infine che là dove, senza escludere tossicità, la morte è dovuta prevalentemente a disturbi d' idraulica, le lesioni sono ancora minori.

Nel terminare queste brevi e modeste osservazioni ringrazio il Direttore dell' Istituto, che mi ha permesso di lavorare e che mi onora della sua benevolenza.

Manicomio Provinciale di Ferrara
diretto dal Dott. **Tambroni**

DI UN CASO DI FEBBRE ISTERICA

Nota clinica

DEL

DOTT. MARIO FONTANA

Avendo potuto, per cortese concessione del D.r Tambroni, osservare, nel Manicomio di Ferrara, una malata d'isterismo, che fra gli altri fenomeni presentava una febbre giudicata pure di natura isterica, credo fare cosa utile pubblicarne la storia, perchè assai interessante e perchè l'insieme dei fenomeni, che l'inferma ha presentato, mi pare abbia uno speciale valore come contributo alla conoscenza della genesi di questa febbre.

Baillon, Riviere, Morgagni, Tissot, Robert Whist ammettevano l'esistenza di una febbre nervosa, ma le loro osservazioni sono assai brevi e le descrizioni mancano di precisione e in esse non è tenuto conto della termometria.

Pomme (1) parla di brivido isterico nel suo trattato delle malattie nervose, e nel capitolo intitolato: *Fièvre spasmodique* dice « La febbre, alla quale le donne vaporose vanno qualche volta soggette, ha lo stesso ca-

(1) *Pomme* — Traité des affections vaporeuses t. 1 an. VII 1749.

rattere di quella non *umorale* che non è prodotta dalla presenza di materia febbrile, ma per l'influenza dei nervi, la quale consiste in una scossa generale delle fibre nervose, da cui deriva un aumento considerevole della forza del cuore, delle arterie e delle vene. Secondo Broussai (1) invece, l'infiammazione dell'utero e dell'ovaia sarebbero la causa della nevrosi e anche della febbre, e questo concetto condusse Chomel e Laudouzy (2) alla negazione della febbre isterica.

Anche Grisolle (3) sebbene ammetta che talora il polso degli isterici è accelerato, che si riscontrano talora in essi sensazioni di freddo e di caldo e che talora insorge un'ipertermia, tuttavia ogni qualvolta vede la febbre, egli crede esista una causa organica.

Riferisce poi le sensazioni ad alterazioni della sensibilità.

Beau (4) ammette l'esistenza di una falsa febbre tifoide d'origine nervosa.

Briquet (5) respinge le opinioni di Broussai recisamente; dice che è facile constatare presso le isteriche uno stato febbrile, che non solo non è conseguenza delle affezioni uterine, ma neppure di un'alterazione materiale qualsiasi degli organi apprezzabile ai nostri sensi.

Briquet cita Sandras (6) che riconobbe l'esistenza di una febbre nervosa.

Stabilisce tre categorie fra i malati che crede affetti da febbre isterica: 1.° malati con frequenza di polso

(1) Citato da *Gilles de la Tourette*. Traité de l'histerie t. 1 1895.
(2) Traité complet de l'histerie 1846.
(3) *Grisolle* — Traité de pathologie interne 1846.
(4) Citato da *Gilles de la Tourette*. loc. cit.
(5) *Sandras* — Traité pratique des maladies nerveuses t. 1 p. 105 ch. 11 De la fièvre nerveuse. Paris 1851.
(6) *Briquet* — Traité complet de l'histerie. 2. Edit. Paris 1848.

senza altro fenomeno febbrile nè altri disturbi nelle funzioni, II.° malati con frequenza di polso e calore, della pelle, III.° malati con frequenza del polso, calore cefalea, sete, anoressia e spossamento agli arti.

« Questo stato febbrile può essere portato a un alto grado e durare da tre a sei mesi, ciò che lo fa differire dagli stati piretici ordinari ».

Riporta una ventina di osservazioni fatte su donne isteriche che presentarono per tre o quattro mesi, e talora più, una febbre continua, cefalea, delirio e convulsioni isteriche.

« Questi stati non potevano riferirsi nè a una flemmasia delle parti dell' encefalo, nè a febbre tifoide, nè a una flemmasia d' alcuno degli organi splancnici.

Inoltre dei venti malati non morì alcuno, mentre i fenomeni avrebbero certamente condotto a morte se fossero dipesi da encefalite, da febbre tifoide ordinaria.

Gagey (1) e Briand (2) accettano e corroborano l' opinione di Briquet sulla realtà della febbre isterica.

Così Seppilli e Maragliano (3) in un caso di istero-epilessia, tra i molti fenomeni, notarono come la temperatura presentassse un decorso speciale, mentre mantenevasi normale al mattino, saliva spesso verso sera a 38.°, senza che l' ammalata accusasse nessuno dei fenomeni subbiettivi tanto frequenti nel corso della febbre.

Non trovando la spiegazione in nessuna causa, ritennero che si trattasse di febbre isterica.

Seppilli e Maragliano poi citano Wunderlich, il quale afferma che nelle nevrosi isteriche manifestansi

---

(1) *Gagey*. Des accidents febriles qui on remarque chez les hystériques Th: Paris 1869.
(2) *Briand*. De la Fiévre hysterique Th. Paris 1877.
(3) Rivista di Freniatria di Reggio, Fasc. 1. 1878. Contributo allo studio dell' istero-epilessia.

aumenti di calore sino a gradi eccesssivi, in apparenza senza causa di sorta, e Sogliano il quale riferisce d'una donna isterica che presentò senza cause note per molto tempo una forma febbrile « con carattere angiostenico o vascolare ».

Pinard (1) analizzando le osservazioni di Gagey e di Briand, mostra che nella maggior parte dei casi non trattasi di vera febbre, poichè la temperatura non si eleva in generale al disopra di 38.° Nei casi di Briand si doveva pensare, data la presenza di diarrea e di macchie rosse, a una vera febbre tifoide ». Conclude: I.° la febbre isterica essenziale a forma continua descritta da Briquet, malgrado le ricerche di Gagey e Briand non poggia sopra alcuna osservazione concludente, II.° la febbre isterica a forma breve, creata da Briand, non si posa che su fatti la cui diagnosi è discutibile e noi ne neghiamo l'esistenza, III.° dopo le nostre osservazioni, esiste presso gli isterici un insieme di fenomeni che noi comprendiamo sotto il nome di pseudo febbre isterica, ma senza vera ipertermia. IV.° questa febbre riveste in certi casi una forma continua, in certi altri una forma intermittente, V.° essa è sopratutto caratterizzata dall'acceleramento temporaneo del polso, che è interessante, raffrontare con la tachicardia permanente del gozzo esoftalmico.

M. du Castel (2) riportò l'osservazione di una donna che credeva affetta da febbre isterica, allorchè scoprì che, guidata da uno spirito di simulazione, essa faceva salire la colonna mercuriale percuotendo col dito il serbatoio del termometro.

Ma Debove (3) comunicò la storia clinica di una i-

---

(1) *Pinard.* De la pseudo-fièvre hystérique Th. Paris 1883.

(2) *M. du Castel.* Rapport à la Societé medicale des hopitaux 1884.

(3) De la fièvre hysterique. (Soc. médicale des hôp. Seance du 13 fevrier 1885).

sterica che durante tre anni aveva presentato uno stato febbrile oscillante fra 40 e 38, senza mai scendere sotto tale cifra. Egli affermò di non aver trovato presso quell' ammalata nessuno stato organico, fuori dell' isterismo, suscettibile di spiegare quest' elevazione termica.

Fece anche esperienze in proposito coll' ipnotismo. Egli riuscì ad ottenere suggestionando una sensazione di calore intensa, una elevazione di temperatura di cinque decimi di grado fino ad un grado e mezzo.

M. Bariè (1) nello stesso anno pubblicava un caso nel quale la febbre, d'origine isterica, era durata venti giorni. Pure nell' 86 Wite riferiva un caso di febbre isterica osservato in una giovinetta. Anche Bordoni (2) descrive un caso di ipertermia isterica periodica; Sciamanna (3) un altro in cui la temperatura si mantenne per molti giorni assai elevata oltrepassando spesso nelle ore pomeridiane i 40 e talora i 41,5. L' altezza maggiore della febbre coincideva con una forma di letargo, durante il quale la malata non era accessibile agli stimoli esterni.

Notiamo nell' 87, l' osservazione di Rainaldi (4) di una malata di istero-epilessia con febbre isterica ed un'altra di Moscato (5) in ammalata d'isterismo, con vomito e ipertermia.

Nell' 88 abbiamo le tesi di Henri Fabre (6) il

---

(1) *Bariè*. Sur un cas de fièvre histérique. Soc. méd. des hôp. 28 mai 1886.

(2) *Bordoni* — Boll. della Soc. tra i cultori di Sc. mediche. Anno V. 86.

(3) *Sciamanna* — Boll. della Soc. Lancisiana. Roma 86.

(4) *Rainaldi* — Istero-epilessia con febbre isterica. Med. contempor. IV 1887.

(5) *Moscato* — Isterismo nella forma non convulsiva; febbre isterica. Sicilia medica. Anno 2. fasc. V.

(6) *Henri Fabre* — Contributo allo studio della febbre isterica Th. Paris 1888.

quale ammette l'esistenza della febbre isterica e pure in tale anno Bresler (1) ha pubblicato casi di febbre isterica. Egli à osservato che in certi casi la temperatura è più elevata la notte che il mattino, alle volte avviene il contrario.

Rummo (2) al XIII. Congresso tenuto a Padova nell' 89, riferisce che nell' isterismo la temperatura può elevarsi da uno a tre gradi, indipendentemente dalle crisi, come un vero equivalente termico dell' accesso.

De Giovanni, presente al congresso, vorrebbe trarre profitto di questi risultati per venire ad una conclusione sulla patogenesi della febbre.

E King (3) scrive: le notevoli elevazioni di temperatura negli individui isterici non collegate visibilmente ad alcuna causa organica, sono state finora tenute in poca considerazione dai medici, alcuni dei quali si sono occupati dell' argomento solo per negarne l' esistenza, giudicando la febbre o come una delle molteplici frodi cui sogliono ricorrere questi ammalati, ovvero come un' espressione di una qualche malattia non diagnosticata.

L' A. invece è di parere che vi siano molti casi di queste febbri, riferiti da varî autori, per giustificare la credenza che esse sieno una delle rare manifestazioni del temperamento nevrotico; ed a conferma riferisce un caso di sua osservazione in cui la febbre salì a 39 senza causa che potesse spiegarla, all' infuori dell' isterismo.

Manzieri (4) riferisce pure un caso di febbre iste-

(1) Medical Record. Avril 1888.
(2) Riforma Medica 1889.
(3) The Medical Record. 10 Agosto 1889.
(4) Sopra un caso singolare di febbre intermittente di probabile natura isterica consecutiva a pneumonite migrante. Arch. It. di clinica Medica 1888.

rica a forma intermittente osservata in una donna di 22 anni, la quale, dopo essersi guarita di una pnemonite, presentò per il periodo di parecchie settimane accessi febbrili della durata ciascuno di tre giorni, che comparivano a 10 giorni in media di distanza l'uno dall'altro e divisi da intervalli di apiressia della durata per lo più d'una settimana.

Di questo caso però mi pare debba tenersi un conto molto relativo dato il fatto della preceduta pneumonite migrante.

Degna di considerazione è invece la nota che Salomone Marino (1) presentò al II. congresso, nella quale dice che alla febbre spetta a ragione un posto fra le proteiformi manifestazioni dell'isterismo. Secondo lui si esplica nelle forme: intermittente, tifoide, meningitica, dispnoica. Marino osservò 9 casi clinici nel corso di un decennio e venne a queste conclusioni.

I. La febbre isterica esiste; rappresenta una delle tante forme dell'isterismo, la forma termogena. Sarebbe meglio chiamarla *iperemia neuroparalitica*, manifestantesi a periodi regolari e costanti.

II. Essa riscontrasi in donne che sono state lungamente e fortemente isteriche e che hanno per solito soggiaciuto a tutte o quasi le svariate manifestazioni della malattia; non è mai quindi la prima a comparire come fatto isterico.

III. Non è mai sola a rappresentare la nevrosi, ma altri fenomeni isterici l'accompagnano, lievi o gravi, pochi o molti che siano e per lo più variabili.

IV. Non influisce menomamente al progresso organico, al distruggimento dei tessuti.

Può essere sopportata per anni, senza che l'individuo

(1) Lavori di Congresso di med. int. 1889, Milano, t. II, p. 334.

che la soffre abbia in niun modo alterata la sanguificazione, la nutrizione, le funzioni degli organi; o l'ha così insignificante che non se ne può tener conto.

Il peso del corpo, la quantità d'urea emessa nelle 24 ore, il numero dei globuli rossi del sangue, non hanno mostrato, a ripetute osservazioni, che minime variazioni, quali nello stato fisiologico soglionsi verificare.

V. Non impedisce le funzioni di riproduzione, come non reca danno di sorta nel corso della gravidanza, al compimento del parto, alla salute del feto.

VI. Si manifesta ordinariamente dalla pubertà alla menopausa, non mai prima di quella, nè dopo di questa, ma se esisteva negli ultimi periodi mestruali, può continuare anche quando l'epoca critica é varcata.

Durante il tributo mensile scompare qualche volta del tutto, ma per ripristinarsi identicamente come prima, non appena il tributo finisce.

VII. La temperatura oscilla fra i 38°,2 e i 41°, raramente i 42°; di speciale ha però questo: le rapidissime ed improvvise discese fino sotto il normale.

Ciò di preferenza nella varietà intermittente.

C'è poi quasi sempre una sensibile differenza fra il calore periferico e il centrale: cosicché spesso trovasi più elevazione al palmo della mano che all'ascella, più all'ascella che al retto. Quest'ultimo ha dato per solito da 0,5 a 1° in meno del calore dell'ascella.

VIII. Tutti gli ordinarí sintomi febbrili sogliono accompagnare la febbre isterica: cefalea, sete, smania, indebolimento delle membra ecc.

Nella forma intermittente, che è la più comune, e che ha quasi sempre il tipo quotidiano e poche volte il terziario, iniziasi con orripilazioni o vero e proprio freddo, e termina con sudori più o meno profusi e con abbondante diuresi.

IX. Nessuna lesione o alterazione, anche di forma

si rinviene nei visceri, nè tumore di milza, nè affezioni delle vie respiratorie, nè delle vie gastroenteriche ecc. Senza di che la diagnosi di febbre isterica è compromessa non solo, ma forse sbagliata.

X. Quando riveste la forma tifoide, meningitica e dispnoica, è notevole il contrasto fra l'apparente gravezza e lo stato di buona nutrizione dell'inferma, fra l'andamento della malattia e quello della temperatura, che procedono talora in senso opposto.

XI. In tutti i casi il criterio terapeutico ha grande valore nella diagnosi. La febbre, che non é vinta o modificata da nessuno degli antifebbrili, cede subito o si modifica sensibilmente sotto l'uso degli antinervini o con quei mezzi morali, che hanno tanta efficacia nell' isterismo.

Micrzayvosky (1) in una giovane isterica, che da parecchi anni presentava attacchi convulsivi, delirio, anuria ecc., osservó considerevoli oscillazioni della temperatura con aumento fino ai 43° e con diminuzione fino a 29°, 3 (?).

Malgrado l'alta temperatura, la malata non presentava mai aumento del sudore e bisogno di bere.

L'orina era pallida e conteneva solo la quinta parte del residuo fisso del fosforo normale.

Iacobi (2) osservò un'isterica, la quale in tre anni di malattia presentò tutta la svariata sindrome dell' isterismo: paresi e paralisi degli arti e dei muscoli oculari, nevralgie diffuse, attacchi isterici, ecc.

Dopo due anni di sofferenza, essa fu presa da disturbi dell'addome accompagnati da febbre discreta, pei quali fu sospettata un'affezione organica. Ma la rapida scom-

---

(1) Ueber Ipertermie bei Hysterischen. Neurolog. Centralblat 1890.
(2) The Iournal of nerv. and mental discus 1880.

parsa dei fenomeni, l'esame del tutto negativo dell'addome e della milza, insieme ad altre considerazioni, persuasero l'A. a ritenere che tanto la peritonite, che la febbre erano di natura isterica.

Nel 91 Vizioli (1) riferisce la storia di una signorina che presentava innalzamento di temperatura fino a 43° 3 senza alterazioni notevoli del polso o della respirazione (60-70 pulsazioni e 20-25 respirazioni al minuto).

La durata di così alta temperatura fu di circa tre mesi, e tuttavia l'ammalata conservò sempre le sue forze, nè presentò dimagramento. È condotto alla sicura affermazione dell'esistenza di una febbre isterica e crede che essa rappresenti un equivalente dell' accesso isterico. Chantemesse (2) nello stesso anno pubblicò un caso di pseudomeningite isterica. Trovò nella orina dell'ammalata l'inversione della formula dei fosfati. E Sarbò (3) in una donna di 35 anni, con precedenti neuropatici, osservò uno stato febbrile che durò parecchi mesi, oscillando dai 39° ai 40°, 5, senza alterazione notevole della nutrizione generale. L'orina era giallo-pallida con peso specifico di 1014. Non essendo risultato nulla che potesse spiegare l'origine della febbre, concluse trattarsi di febbre isterica.

Anche Pucci (4) riporta il caso di una donna isterica, affetta da febbre a tipo intermittente quotidiano refrattaria agli artipiretici, svanita colla cura della corrente elettrica e coi bagni termo-minerali.

---

(1) *Vizioli* — Ipertermia e ipotermia in un caso di isterismo. Annali di Neurologia pr. V VI 1891.

(2) Societé medical des hôpitaux 1891.

(3) Ueber hysterischey Fieber. Arch. f. Psych. Vol. XXIII, II, 2 1891.

(4) Contribuzione allo studio della febbre isterica. Gazzetta degli ospedali N. 91, 1891.

L'inferma non è dimagrita durante 15 mesi, in cui la febbre lasciò solo brevi intervalli di tregua.

Pucci crede questa febbre dovuta a una alterazione, a un'interrotta armonia dei centri termogenetici e termotassici.

In un caso di Auffleck (1) la febbre isterica durò più di sei settimane e toccò i 41°, 5. Malgrado uno stato generale caratterizzato sopratutto da brividi e da un forte bisogno frequente di bere, il peso del corpo salì da 108 a 126 libbre inglesi.

In un altro di Coquet (2) la febbre venne dopo un'emozione morale. La febbre era intensa, veniva regolarmente verso le cinque di sera, e si accompagnava ai tre stadii classici della febbre palustre: brivido, calore, sudore.

Hanot e Boix (3) ammettono la febbre isterica, dicono d'aver osservato temperature dai 37° ai 38°, 5 e talora sino ai 40°, 4, sopratutto sotto l'influenza di emozioni. Le orine erano abbondanti, chiare, vi era l'inversione della formola dei fosfati.

Estevés (4) dice che l'isterismo conta fra le sue manifestazioni l'elevazione di temperatura. Ne riferisce un caso: con Gilles de la Tourette ammette che vi sia una relativa inibizione nella nutrizione, dice che tale febbre non produce le perturbazioni organiche delle comuni piressie.

Tonnini (5) riporta un caso di pseudomeningite isterica.

---

(1) Hysterical pyrexia. Edimburg med. Iourn. août 1892 p. 105.

(2) *De Coquet* — Fièvre intermittente d'origine hystérique. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux. An. m. Bulet. nia. N. 808, ot. 93, p. 806.

(3) Sur un cas de fièvre hysterique 1893. Bull. de la Soc. méd. des hop.

(4) Nouv. Icon. de la Salp. t. V. n. 1, 93. Fièvre histerique.

(5) Rassegna della Villa di Salute di Palermo 1893.

L' A. ammette che l'innalzamento di temperatura osservato nella sua malata sia dovuto ad una « meningite in miniatura », messa in evidenza da quel grande moltiplicatore che è l'isterismo.

Basta un leggero aumento della pressione endocranica per provocare la febbre in forma prevalente di crisi. Hanot (1) riferisce nel 93 in aprile un nuovo caso di febbre isterica.

Nel 94 Lombroso in una malata d'isterismo notò: I. la persistenza della temperatura elevata a 45.° durante più giorni di seguito.

II. la diminuzione nelle orine dei residui fissi (urea e fosforo principalmente) e l'inversione della formula dei fosfati.

III. l'ineguaglianza della distribuzione della temperatura (bocca 36°, 6, ascella 45°, retto 38°, 7, membra superiori 35°, inferiori 36°, 6.

L'autore crede che sotto l'influenza dell'isterismo vi sieno delle alterazioni nella distribuzione della temperatura.

Bonardi (2) ammette l'esistenza della febbre isterica e per il mancato rapporto fra febbre, pulsazioni e respirazioni, fra febbre e condizioni generali dell' individuo che non sono mai deteriorate.

Crede logico ammettere l' aumento di temperatura conseguenza di turbata funzionalità di centri termogenetici, che esisterebbero o nel midollo allungato o nei grossi ganglii cerebrali.

Illustra anche lui un caso di tale febbre ed é forse uno dei pochi osservati nell'uomo.

Le orine avevano peso specifico basso e scarsi i principii solidi.

---

(1) Bull. m. med. des hop. Avril 1893.

(2) Sulla febbre isterica e su di un caso di febbre isterica intermittente nell'uomo. Gazzetta degli ospedali. N. 69, 1894.

Un caso di febbre isterica nell' uomo, sarebbe stato osservato anche da Maggioni nell'ospedale di Treviso.

Strümpell (1) sostiene che nel grande isterismo specie durante i forti perturbamenti psichici si possono avere temperature raggiungenti 41°.

Anche Santangelo Spoto (2) ha osservato un caso di febbre isterica. All'esame delle orine ha anche lui riscontrato diminuzione del residuo fisso e dell'urea.

Nel caso di Spoto é notevole il rapporto della temperatura al numero delle respirazioni.

Con febbre a 38° aveva respiri 40, con febbre a 40° aveva respiri 20.

Nel 95 Crouzet (3) afferma che la realtà clinica della febbre isterica non può essere negata, ma che questa affezione riveste una fisionomia variabile che ne complica la sintomatologia: spesso la febbre è il principale ed unico sintoma, talora s' accompagna a fenomeni che simulano più o meno un'affezione viscerale, sia polmonare sia gastrica che pseudo-febbre tifoide, pseudomeningite, pseudoperitonite. L'esame delle orine presenta delle particolarità interessanti: v'ha una diminuzione della quantità del residuo fisso e l'inversione della formola dei fosfati. Si può dire che la febbre isterica rappresenta l'equivalente termico dello stato del male isterico e che si giudica all'inverso dell'ipertermia « con materia », per l'abbassamento del residuo fisso dell'urea cioè per la formola chimica dell'attacco.

Herzen (4) in una giovanetta neuropatica notò

(1) Trattato di Patologia e Terapia.

(2) Febbre isterica come equivalente termico dell' accesso. Gazzetta Ospedali N. 18 1895.

(3) Th. de Paris 1894.

(4) Un caso di febbre nervosa d'origine psichica. Revue médical de la Suisse Romande.

elevazione di temperatura nel mattino (38° 2, 38°, 8). Guarì con una sola seduta di suggestione. Boari (1) dice che un avvenimento non molto frequente è quello di osservare in certi soggetti isterici un processo febbrile, o per dir meglio un' ipertermia a tipo svariato, senza che minutamente possa essere svelata l' origine causale, ma più di tutto senza che determini sull'organismo che incoglie, tutte o qualcuna di quelle peculiari modificazioni subbiettive ed obbiettive proprie delle febbri comuni.

Di fatti tale febbre influenzerebbe poco o punto il ricambio materiale, indurrebbe poca o sproporzionata denutrizione dei tessuti anche perdurando parecchio tempo, sarebbe poco o punto modificata dagli antipiretici, scomparirebbe per lo più bruscamente, specie dietro influenze psichiche. Riferisce (2) due casi uno di pseudomeningite, l'altro di pseudo-peritonite isterica, e mette in evidenza l'importanza di essi, che addimostrano fino dove possa arrivare la nevrosi isterica. Crede che questa ipertermia sia l'equivalente termico dello stato di male isterico (come già il Vizioli e gli altri) e circa la formola dell'attacco, reputa che debba essere tenuta in certa considerazione.

Anche d'Aiutolo (3) avrebbe osservato un caso d'ipertermia in un soggetto che si manteneva in istato di perfetto benessere senza disturbi di nessuna funzione.

Nel 96 Da Costa (4) considera rara la febbre isterica, cita casi riportati da Osler della durata di quattro anni, crede sia dovuta a disturbo funzionale dei centri termogenetici.

---

(1) Sulla pseudo-meningite e pseudo-peritonite isterica. Boll. Sc. med. Bologna 1895.

(2) Rendiconti Accademia Soc. Med. Bologna Febbraio.

(3) Id. Id.

(4) Febbre continua. Policlinico 95.

Sollier (1), nel suo trattato sull' isterismo, parlando della febbre isterica, ne ammette tre gradi:

Il primo caratterizzato della frequenza del polso e da uno stato di atonia generale e di stanchezza.

Nel secondo v'è, oltre la frequenza del polso, il calore della pelle.

Nell'isterismo si notano talora disturbi vasomotori cutanei con rossore, bruciore e talora anche desquamazioni. Perchè non si dovrebbe avere aumento della temperatura superficiale?

Nel terzo infine, v'è un'ipertermia che può arrivare a gradi inverosimili.

L'isterico solo ci fornisce l'occasione di vedere quale temperatura può sopportare un organismo sano.

Sollier, per la patogenesi di tale febbre, annette una grande importanza al sistema nervoso vasomotore, non nega però l'influenza di centri termici.

Nel Febbraio di quest'anno usciva una pubblicazione del Fornaca (2), intorno al ricambio materiale della febbre isterica. L'A. ha osservato un caso di febbre isterica, in cui l'elevazione della temperatura non ha esercitato alcuna azione sulla scomposizione dell'albumina, al contrario di quanto avviene nelle malattie febbrili sostenute da agente infettivo.

Ciò premesso, ecco la storia della nostra inferma.

A. T. nata nel 1867 a Voghiera in provincia di Ferrara; ha genitori sani e robusti. Il padre è buon bevitore di vino, non di liquori. Essa ha quattro sorelle e due fratelli. Le sorelle sono robuste e sane; dei fratelli il maggiore è

---

(1) Genese et Nature de l'Isterie Tom. I. Pag. 234, Paris 1867.

(2) *Fornaca* — Contributo allo studio del ricambio materiale della febbre isterica — Clinica medica generale di Torino. Gennaio 1898.

pure sano, il minore che ha circa 15 anni, da bimbo, orinava frequentemente nel letto; a 12 anni soffrì di accessi, in seguito ai quali perdeva la coscienza, e i cui caratteri indussero i medici del manicomio di Ferrara a fare diagnosi di isterismo. Al dire dell'inferma, tali disturbi sarebbero sopravenuti in seguito ad una viva impressione subita. Ha fatto una cura di doccie nel manicomio, e da allora gli accessi non si sono più rinnovati. La nonna paterna era neuropatica, il medico di Voghiera anzi afferma fosse affetta da *isterismo*.

Essa racconta che da bambina era sovente assalita da terrori notturni, e che sino da allora era di carattere irritabile, inquieto, non ebbe malattie gravi, solo qualche febbricciattola con male di gola. Ricorda di essere caduta parecchie volte dalla scala della sua abitazione senza farsi male: una sola volta riportò una lieve contusione al gomito destro. Pare però che tali cadute non l'abbiano mai soverchiamente scossa.

Apparvero le mestruazioni a 18 anni con disturbi rilevanti: aveva vivi dolori negli ipocondri, ma più vivi in corrispondenza delle regioni ovariche, il dolore si diffondeva anche alle regioni epigastriche. A 20 anni fu côlta anche da accessi convulsivi, durante i quali però non perdeva la coscienza, non orinava, non si mordeva la lingua. L'accesso si iniziava coi dolori sopra accennati, con oppressione alla gola, al petto, e con difficoltà di respiro.

A suo dire, pare compisse col corpo grandi movimenti, ad arco di cerchio. Terminava per lo più l'accesso col vomito di liquido, ora mucoso, ora sanguinolento, ora schiumoso, ora verdastro. Il vomito non stava in rapporto coi pasti e talora durava anche per un periodo di 15 giorni.

Continuò così, con brevi periodi d'intervallo, durante i quali godeva di un relativo benessere, sino al 1891, nel qual tempo peggiorarono assai le sue condizioni: i dolori epigastrici si esacerbarono, il vomito divenne più frequente, più violento e consecutivo ai pasti. Non poteva ingoiare la minima cosa, nè solida nè liquida, che non fosse to-

sto rigettata. Il dolore all' epigastrio lo descrive come un succedersi non interrotto di punture di spillo: si irradiava a tutto l'epigastrio, e a questo ne corrispondeva un altro più limitato alla regione dorsale. In questo periodo dice di essersi anche dimagrita notevolmente. *Per sette mesi il vomito* e gli accennati disturbi non la lasciavano mai, s'aggiungevano anzi convulsioni frequenti analoghe a quelle già descritte, che la lasciavano debilitata ed incapace di muoversi dal letto.

Il medico condotto alfine giudicò la malattia « ribelle alle cure praticabili in campagna » per cui, considerando anche, che spesso l'inferma era in preda ad accessi di « ipocondria », così da insultare le persone più stimabili che cercavano avvicinarla, e da tentare qualche volta di strangolarsi o gettarsi in acqua », certificò essere necessario che fosse ricoverata in un manicomio.

Il 3 agosto del 91 fu infatti accettata nel manicomio di Ferrara, ove fu sottoposta a cura idroterapica e suggestiva. In questo tempo, come risulta da una polizza, pesava chilogr. 42,100. Due mesi dopo era migliorata ed aumentata di peso (kg. 45,300).

Fu trattenuta nello stabilimento fino al 29 giugno del 92 e durante questo tempo non ebbe più nè le crisi gastralgiche, nè le convulsioni. Ebbe però qualche febbre della durata di 7-8 giorni con temperature di 37,9, 38, 38,3 ed una sol volta (metà di maggio) 39.

Il 29 giugno tornò fra i suoi a Voghiera.

Nella fine del settembre dello stesso anno fu chiamata ad assistere una bambina affetta, al dire dell' inferma, da tifo: dopo alcuni giorni che aveva lasciato il pietoso ufficio, fu côlta da malessere generale, da cefalea, da epistassi.

A tali prodromi seguì la febbre, che raggiunse i 40. Questa durò circa 15 giorni, durante i quali aveva forte cefalea, bocca arida, lingua impaniata, diarrea. Non si manifestarono macchie per la pelle, mantenne sempre la coscienza limpida: si rimise abbastanza in breve dalla malattia sofferta, nè subí grave dimagramento.

Un mese dopo fu assalita da nuove febbri colla temperatura di 37,9, 38 al massimo: in tale epoca aveva anche un dolore, descritto dall'inferma come un bruciore continuo, nella regione epigastrica destra; era tormentata pure da tosse secca, insistente specialmente alla notte. Le febbri venivano verso il mezzogiorno con brivido e cessavano il mattino: erano quotidiane.

Il medico le ordinó chinino e vescicatorii da applicarsi nella regione del dolore, e alla fine di dicembre era già ristabilita.

Dal gennaio all'aprile godè ottima salute.

Una mattina d'aprile si svegliò incapace di sollevare il braccio destro. Giaceva questo rigido e penzoloni lungo il tronco, non erano più possibili i movimenti attivi del braccio sulla spalla, limitatissimi i passivi, impossibili tanto i movimenti attivi che passivi dell'avambraccio sul braccio.

Dopo tre giorni, visitata e ipnotizzata dal direttore del manicomio, guarì. Il braccio rimase dolente per alcuni giorni, ma in breve potè riprendere perfettamente le sue funzioni.

Da quest'epoca era frequentemente assalita da cupe melanconie: piangeva dirottamente anche per sette od otto giorni continui, s'avviliva talora tanto da desiderare la morte, e da pensare al modo di procurarsela.

Non pare che nella sua vita vi fossero tali cause da provocare simili tristezze: l'inferma peró tende a celare i suoi dispiaceri, ma si comprende che le piú piccole cose s'ingigantiscono nella sua mente e bastano a provocarle smanie e dolori. In agosto si recò al manicomio per riprendere la cura delle doccie, quando un giorno, il 21, fu presa da grave accesso convulsivo, seguìto da propositi di suicidio. Allora fu trattenuta stabilmente nell'ospizio e curata con calmanti, solfato di duboisina, sulfonale, e con mezzi suggestivi.

Del 93 non esistono polizze grafiche della temperatura, forse non ebbe mai febbre.

Nell'ottobre dello stesso anno, migliorata nelle condizioni

generali, volle tornare a casa, ove fu riassalita dalle consuete malinconie e dagli altri noti fenomeni morbosi; così che il medico di Voghiera credette necessario che tornasse al manicomio e vi rimanesse in permanenza. E poichè essa era dotata di abilità non comuni di massaia, fu nello stabilimemto adibita a qualche servizio che essa infatti disimpegnò e disimpegna bene, ogni qual volta i suoi disturbi non l'obbligano a letto. Da tale tempo in pòi l'ammalata soffrì a periodi di smanie, cefalea, insonnia ed ebbe febbri.

Le temperature che ho potuto raccogliere dai rapporti esistenti nell'archivio del Manicomio mostrano che tali febbri erano lievi, della durata di 4 a 5 giorni a tipo assai irregolare con temperatura a 38, 2.

Un giorno in cui più lamentavasi del dolore al capo, le fu somministrato 1 gr. di antipirina. Poco tempo dopo preso il medicamento, l'inferma cadde in penosissima agitazione prodotta da forti dolori, sotto forma di puntura di aghi nelle labbra, nella gola, nella vulva. In tali parti si stabilì subito una cospicua tumefazione accompagnata da intenso prurito. L'inferma parlava a voce fioca e a stento. Nel giorno dopo le labbra e la vulva erano ancora più tumefatte, e più intenso era il prurito. La deglutizione era difficile e dolorosa per il forte ingrossamento delle tonsille.

Di più osservavansi tumefatte la mucosa schneideriana e quella di tutta la cavità orale: gli occhi erano iniettati di sangue e la mucosa congiuntivale appariva fortemente iperemica; v'eran fotobia e lacrimazione abbondanti. Dopo due giorni il prurito si estese a tutta la superficie del corpo, aumentando così le sofferenze dell'inferma. Cessato il turgore, avvenne una desquamazione delle labbra e della vulva, distaccandosene membrane sottili e larghe.

Questa descrizione di fenomeni, ho riportato integralmente da una pubblicazione del dott. Cappelletti (1) sulla stessa malata.

---

(1) Idiosincrasia in un'isterica. Riforma medica 1894

Egli ripetè due mesi dopo la somministrazione dell' antipirina, all'insaputa dell'inferma, unendola ad una polvere indifferente, che veniva data tutte le sere a scopo di cura suggestiva.

Ne furono dati prima 10, poi 15, poi 25 centg. Cinque minuti dopo l'ingestione di quest'ultima dose, la malata si sentì invasa da malessere generale, da agitazione e da dolori vivissimi nelle labbra e nella vulva.

Contemporaneamente un considerevole turgore si stabilì in dette parti, accompagnato da intenso prurito.

Tre mesi dopo il dott. Cappelletti rinnovò l'esperimento ed ottenne l'identico risultato, per cui, per calmarle il dolore di capo, ricorse in seguito alla fenacetina, alla caffeina ecc. ma non più all'antipirina. Un giorno le prescrisse una polvere di 30 centg. di antifebbrina: « subito dopo l'ingestione, si manifestò un complesso fenomenico, assai minore d'intensità, ma d'aspetto in tutto simile a quello che per l'antipirina erasi in lei verificato ». Analoghi fenomeni dovette verificare altre volte per ingestione di soli 20 centg. del farmaco. Un'altra volta in cui l'ammalata ebbe una delle sue febbri, le fu somministrato 1 gr. di salicilato di soda: dopo l' ingestione cadde in profonda debolezza, un intenso dolore l'assalì nella regione epigastrica, e in tutta la pelle si manifestò quindi un'intensa profusissima sudorazione.

Gli stessi fenomeni, per quanto meno intensi, si ebbero un mese dopo, colla somministrazione di soli 20 centg. di salicilato di sodio. Dal 94 al 96 è un succedersi continuo di periodi febbrili della durata di sette, otto giorni e talora più. L'ammalata asserisce che la febbre cessa generalmente col sopravvenire delle mestruazioni; anch' io ho potuto verificare questo fatto.

Raccontano i medici del manicomio, che più di una volta la T. avvisata che il giorno dopo le sarebbe stato concesso di uscire colla madre, divenne quasi d'un tratto afebbrile.

Nell'aprile del 96, oltre i fenomeni notati, presentò tosse insistente, per cui temendosi tisica, si fece visitare da un

medico estraneo al manicomio: questi, e pei caratteri della febbre e per aver avvertito qualche lieve fenomeno dal lato degli organi respiratorî, dubitó che l'inferma fosse tubercolosa. Oltre ai descritti fenomeni presentò dolori, talora nella regione occipitale, talora nei varii territorî del trigemino, negli arti e lungo la colonna vertebrale. Afferma di non poter giacer nel letto supina, poichè prova una sensazione come se avesse una piaga nella regione lombare. Presentó pure in permanenza un dolore alle regioni ovariche.

L inferma è nubile, non ha mai avuto rapporti sessuali, ha abitato case sane ed in paese non malarico. Ha condotto una vita discretamente attiva, si è esposta talora a cause reumatizzanti.

Nel luglio del 97 ho cominciato ad osservare la T. assistendo a variazioni di temperatura interessanti.

Ho notato le solite febbricciattole della durata di 5, 6, 7 giorni e talora anche più, insorgenti senza causa apprezzabile, a tipo irregolare, ora continuo, ora intermittente, ora accompagnate da disturbi generali: bocca arida, nausea talora, fino allo sforzo di vomito, malessere generale, cefalea, dolori agli arti ecc., talora senza disturbo alcuno.

La febbre si inizia per lo più verso il mezzogiorno, con brivido, raggiunge il massimo di temperatura la sera verso le 18, diminuisce nella notte così che raggiunge il minimo al mattino.

Al mattino è talora afebbrile, talora febbrile ma lievemente. Talora con temperatura di sotto alla normale, persino 35° 7. Tuttavia qualche mattina fu riscontrata una temperatura superiore a quella della sera. La febbre suole affievolirsi, con profuso sudore, e con intenso calore alla cute.

Carattere poi di questa febbre è di non lasciare traccia nell'ammalata allorchè scompare: essa non si sente nè spossata, nè svogliata; la cera si mantiene sempre bella, sempre colorite le mucose visibili e la cute delle guance.

Non v'è un rapporto costante fra temperatura, polso, re-

spirazioni, poichè con temperatura elevata ha talora pulsazioni e respiri normali, talora invece si nota una tachipnea, durante la quale però può parlare senza sforzo e normalmente.

Il 13 Novembre volli provare a ipnotizzare l'inferma ciò che ho fatto presente il dott. O b i c i.

Prima dell'ipnotizzazione aveva 80 pulsazioni.

Durante il sonno ipnotico si finge di contarne 100 e poco dopo le pulsazioni divengono realmente 100. Le suggestioniamo quindi il complesso sintomatico della febbre, poscia la svegliamo.

L'inferma si sveglia accusando malessere generale, alla sera viene presa la temperatura che è 38°, mentre la mattina era 37,1 e la sera prima, 37,2. In questi giorni era peró un pò raffreddata.

Nel dicembre dal 18 al 22, periodo febbrile, viene presa anche la temperatura rettale e vaginale.

È specialmente notevole il giorno 19, in cui alla sera, nel retto si riscontra una temperatura inferiore di due centigradi alla temperatura ascellare, e in vagina una sola linea sopra la temperatura ascellare.

Si prende nota dei polsi e dei respiri. I polsi sono generalmente 80, 92, una sola volta 95.

Si notano talora persino 60 respirazioni al minuto.

Questi respiri sono superficialissimi e varia il loro numero da un momento all'altro; inoltre, come si disse, malgrado la tachipnea, può parlare bene senza fatica. In questo periodo sono raccolte le urine delle 24 ore, se ne fa la ricerca dell'azoto.

Si tiene pure conto degli alimenti, e l'ammalata è tenuta a dieta costante. Ne riferisco più innanzi i risultati.

Il 22 si sospende la ricerca della temperatura rettale e vaginale, perchè l'ammalata, per il sopravvenire delle mestruazioni non si presta a tale ricerca.

D'altra parte la temperatura è ridivenuta pressochè normale.

Dico « pressochè » perchè è raro che la T. presenti una

temperatura costante, anzi non si potrebbe facilmente dire quale fosse la sua temperatura normale.

L'esame obbiettivo praticato il 4 gennaio 98 dette i seguenti risultati:

Statura media, stato di nutrizione buono, pannicolo adiposo discretamente sviluppato, masse muscolari pure discretamente sviluppate; costituzione scheletrica regolare, cute delle guance rosea tendente al rosso.

Ogni piccola emozione basta a determinare nell'inferma un notevole arrossamento del volto.

Ha 50 respiri al minuto; però questo numero varia da un momento all'altro, specie sotto l'influenza di cause emozionanti.

Il 2.° tono sulla polmonare un po' accentuato, impuro, con un accenno di sdoppiamento. Polso piccolo compressibile, frequenza 90.

Milza alquanto piccola, circa 4 centimetri.

L'addome non è soverchiamente teso, non è dolente alla pressione, eccetto che nelle parti inferiori in corrispondenza delle ovaie.

L'intelligenza è molto sviluppata, ed essa comprende la ragione di tutte le esperienze che si fanno su lei.

È di carattere piuttosto melanconico, si preoccupa assai dello stato della propria salute e talora mostra sfiducia in chi la cura.

È facilmente suggestionabile, e basta talora una promessa lusinghiera per far svanire quasi di un tratto le sue sofferenze e per fare abbassare la temperatura.

Nel manicomio è abbastanza attiva, specie quando si trova nei periodi di benessere: fu giá detto che adempie le funzioni d'infermiera.

La sensibilitá tattile è dovunque conservata, quella dolorifica (è quasi abolita dapertutto, specie nella regione media dell'avambraccio, tanto di destra che di sinistra.

Conservato il senso muscolare. Conservata la sensibilità termica. Nella regione lombare della colonna vertebrale l'inferma accusa un dolore come di punture di spillo, pel quale non può giacere supina.

Nei sensi specifici notevole soltanto una diminuzione dell' olfatto, così da non avvertire l' odore della canfora, dell' acqua di felsina, e da sentire appena l' acido acetico e l' ammoniaca. Il gusto è anche lievemente diminuito nelle due metà posteriori della lingua, specie per il dolce e pel salato.

La lingua non viene sporta fuori dell' arcate dentarie, si nota però una brevità abnorme del frenulo; tuttavia l' inferma parla bene ed adempie bene alle funzioni di deglutizione e masticazione, e sono possibili i movimenti di lateralità.

La pupilla reagisce bene alla luce e all' accomodazione, manca completamente il riflesso faringeo, presente l' epigastrico, manca il plantare superficiale, appena accennato il clono del piede.

Normale il rotuleo, presenti i tricipitali.

Il peso corporeo ha oscillato sempre tra i kg. 47 e 55.

Qui il Direttore afferma di avere osservato la T. rifiorire ed ingrassarsi persino durante periodi febbrili di non lieve entità.

Il 2|9 96, per esempio, entrò che pesava kg. 49, uscì il 3|7 97, che pesava kg. 55,500, dopo un lungo periodo febbrile, con temperature che avevano superato i 38.°

Nel sangue non si riscontrano plasmoidi; v'è un discreto grado di leucocitosi e qualche leucocita con granulazione basofila, prevalenze di forme adulte, polimorfe nucleate. Nulla negli espettorati.

L'esame delle temperature è stato praticato con termometro centigrado a massimo campionato con altri esattissimi.

Si può escludere che la malata possa aver fatto salire ad arte la colonna del mercurio, perchè una fidata sorvegliante presenziava sempre a questa ricerca.

Per brevità non riporto tutte le grafiche: solo dico che i periodi febbrili durarono 8-10 giorni e la temperatura raggiunse qualche rara volta i 39,5, una sola volta i 40, del resto oscillò fra i 37,5 e 38,5.

È una febbre a tipo irregolarissimo. Si hanno delle brusche elevazioni, delle brusche discese; alle volte invece la

febbre assume un carattere remittente, altre un tipo quotidiano.

Nel dicembre viene presa talora anche la temperatura rettale e vaginale.

Per qualche giorno si prende la temperatura anche a mezzogiorno.

Il giorno 16 dicembre viene pesata. Si nota un peso di kg. 49,400.

Nei giorni 21, 28, 30, 31 dicembre, 1, 2, 3, 4 gennaio è notata una notovole anuria.

Per quattro giorni si è tenuto conto dell'azoto introdotto ed eliminato. Quello introdotto, calcolando a 13,17 al giorno sarebbe 52,60 per 4 giorni.

L'azoto eliminato per le urine fu:

	10,09
	13,44
	6,19
	7,03
Totale	37,56

Supponendo l'azoto eliminato per le feci il 10 o|o dell'introdotto, si avrebbe circa 5,20, che, aggiunto a 37, 56, dà il totale d'azoto eliminato 42,76. Il che dà un risparmio di 9,94, il che spiega come l'ammalata crebbe di peso. Difatti, pesata il giorno 4 gennaio, fu riscontrato un peso di kg. 49,900.

Le analisi delle orine furono da me eseguite nel gabinetto di chimica del prof. Garelli. L'azoto fu dotato col metodo Kieldal modificato dall'Ulsck.

Il giorno 4 gennaio ore 15 del 98, dopo aver praticato l'esame obbiettivo, si ipnotizzava l'ammalata.

Prima dell'ipnotizzazione la paziente ha 30 respirazioni, 100 pulsazioni con temperatura a 36,9.

Ipnotizzata, si rileva al giugolo una pulsazione prima non visibile, le pulsazioni salgono a 120. Alla sera alle 17 1|2 la temperatura è 37,8.

Nel febbraio la T. ebbe un periodo febbrile della durata di circa venti giorni, con temperatura sino a 38,5 e 39. È a notarsi che, allorquando il Direttore le promise, se fosse guarita, di condurla alla premiazione e di farla anche partecipare alle festine da ballo, che si sogliono dare nel manicomio, la nostra inferma divenne ad un tratto apirettica e cessarono per incanto i disturbi. Il 1 marzo fu tentato di ipnotizzare ancora l'inferma; essa non ha voluto più sottoporsi alla prova.

Ha anzi aggiunto che ha compreso lo scopo delle nostre esperienze e che non vi si assoggetterà più.

***

Già abbastanza evidentemente dall' anamnesi appare chiaro essere la nostra inferma un' isterica.

L' eredità neuropatica, si può dire, omomorfa, in quanto che nonna e fratello furono isterici, l' età in cui è insorta la malattia e il modo d' insorgere concomitante alla prima mestruazione, la forma caratteristica dell' accesso, coll' aura pure caratteristica, il carattere melanconico e irritabile dell' ammalata, non possono far pensare, non solo, se non a una nevrosi, ma delle nevrosi al solo isterismo.

Non v' è bisogno di dimostrare che le convulsioni non hanno nulla a vedere con le epilettiche, nelle quali l'ammalato perde la coscienza, perde le orine, ha movimenti tonico-clonici etc.

Anche la contrattura, che sparisce in seguito alla suggestione, è evidentemente fenomeno isterico; così dicasi dell' idiosincrasia per l' antipirina, l'antifebrina, il salicilato di sodio.

I fenomeni rilevati all' esame obbiettivo confermano

tale giudizio: l'anestesia dolorifica diffusa, le zone ovarialgiche, la mancanza del reflesso faringeo, l'anuria sono fenomeni più propri dell'isterismo che di altre forme.

La sindrome che à presentato dal lato degli organi digerenti potrebbe forse, a prima vista, far volgere il pensiero a malattia delle pareti gastriche. Ma i disturbi riferibili allo stomaco, concomitanti agli altri fenomeni nervosi, e la loro scomparsa in seguito a semplice cura idroterapica e suggestiva fanno escludere qualunque lesione organica dello stomaco. Più difficile riesce il giudizio sulla natura della febbre di poi presentata per sei anni con poche e brevi tregue, febbre a tipo irregolare, con intervalli ora di giorni ora di mesi, che non dà mai fenomeni generali, che non porta alterazioni del ricambio azotato, durante la quale la paziente talora aumenta in peso, e dopo la quale non risente alcun disturbo, pochi momenti dopo che l'ipertermia è scomparsa.

All'esame obbiettivo però i varii apparecchi, eccettuato il sistema nervoso, ci si sono mostrati normali; e pur volendo pensare a qualche processo a decorso subdolo o latente domandiamo:

Quali forme morbose possono dare ipertermia analoghe a quelle che la nostra inferma ha presentato?

Nell'anamnesi abbiamo già detto che ella ebbe una febbre che s'innalzò sino ai 40, della durata di 15 giorni e che l'ebbe dopo avere assistito una malata di tifo e che il medico condotto diagnosticò tifo.

A dire il vero noi non abbiamo sufficienti criterî per affermarlo, ma chi può escludere che quella febbre non avesse la stessa causa che le febbri presentate poi?

Il trasmettersi del tifo per contagio diretto se è possibile, non é frequente, per cui l'avere assistito una malata di tifo non è argomento sufficiente a dimostrare che la nostra donna fu tifosa. La breve durata della

malattia, in contrasto ad un alta temperatura (40) parla contro il tifo. Parla pure contro il tifo, l' essere rimasto sempre libero il sensorio malgrado l' alta temperatura, il non essere comparsa roseola, il celere rinvigorimento della nostra donna.

Comunque non credo dovere insistere in un giudizio basato su dati incompleti, ciò del resto ha poca importanza, poichè anche ammettendo che nel 92 ebbe il tifo, sarebbe troppo assurdo ammettere che febbri tifiche furono tutte le altre dal 92 al 98. Se recidive si hanno non possono essere così frequenti (Iacoud ne cita cinque al massimo), le grafiche inoltre non sono caratteristiche delle temperature tifiche, e infine un individuo che ogni momento avesse subito, e subisse recidive, non dovrebbe essere mai rimasto vittima di una simile infezione?

La ipotesi di una infezione malarica viene esclusa sia dal fatto del non esservi tale infezione a Voghiera, sia dal reperto negativo dell' esame del sangue, sia dal decorso della febbre, ed infine dall' assenza della cachessia che avrebbe dovuto seguire a 6 anni di tale febbre, nè la milza è ingrossata, chè anzi l' abbiamo vista di volume inferiore alla norma.

Del pari non può pensarsi a tubercolosi del polmone che è perfettamente sano.

La dispnea, unico fatto obbiettivo, dal lato degli organi respiratorî non à importanza.

Essa non è costante, permette all' ammalata di parlare bene senza fatica, e devesi interpretare come un fatto nervoso: è la tachipnea isterica di Charcot.

Inoltre manca il dimagrimento, ne è a dirsi che essendo negl' isterici, secondo alcuni, rallentato il ricambio, si abbia una minore distruzione di materiali e quindi più ritardato il marasma; ciò non è esatto poichè, prima di tutto non è provato che nell' isterismo vi sia

questo rallentamento nel ricambio, inoltre non è mai stato vero che i tisici che divengono isterici migliorino nelle loro condizioni (B o u c h a r d).

Non può pensarsi a tubercolosi peritoneale e se per caso ci fossimo trovati di fronte a fenomeni di peritonismo, si sarebbe dovuto porre il quesito se anzichè di una peritonite tubercolosa, non si fosse trattato di una di quelle forme di *peritonite isterica* descritte dagli autori (R. M a s s a l o n g o e F a r i n a t o. Isterismo viscerale, Rif. medica sp. 235, 1894, Napoli. B o a r i. Sulla pseudo-meningite e pseudo-peritonite isterica. Boll. Scienze mediche. Ottobre 95, E i c o r s t, G i l l e s d e l a T o u r e t t e, P o r c h e r, C a p p e l l e t t i).

Manca qualunque fenomeno per pensare alla meningite tubercolare, alla tubercolosi degli organi o tessuti.

Ed in generale qual'è quella malattia infettiva che per sei anni si ripete incessantemente a brevi intervalli, senza lasciare il paziente abbattuto, privo di forze, marautico, senza alterarne il ricambio materiale?

Nè più probabile è il concetto di ripetute autointossicazioni; quando non vi fosse altro, l'assenza di acetone, la scarsa reazione dell'indicano delle orine e degli altri eteri solfoconiugati, lo rende assurdo.

Niuna causa materiale esiste dunque a spiegarci tale febbre, perciò debbo concludere che è un fenomeno in relazione coll'isterismo, di cui la nostra donna è affetta; è una febbre isterica.

Del resto anche l'irregolarità di questa febbre, il tempo da cui è cominciata, senza portare conseguenze nella paziente, il vedere che si può provocarla colla suggestione e che colla suggestione è suscettibile di scomparire, ci dimostrano che noi non ci troviamo di fronte a una comune febbre infettiva, ma alla febbre isterica degli autori.

L'esame del ricambio azotato poi ci conduce a con-

cludere, che realmente esiste una febbre nervosa, che nòn sta in rapporto coi processi chimici, che si svolgono nell' organismo.

L' eliminazione dell' azoto per le orine è inferiore all' introduzione di esso cogli alimenti.

Sarebbe stato interessante esaminare anche le feci, ma la malata, che già a stento si è sottoposta alle altre ricerche, non à voluto prestarsi a queste ultime.

Tuttavia anche ammesso che avesse eliminato per le feci una quantità di N superiore alla norma, non avrebbe mai potuto raggiungere la cifra dell' azoto introdotto.

Del resto io credo che non solo non vi sia stata distruzione dei tessuti, ma anzi che vi sia stato un certo risparmio di N; e lo prova il fatto dell' aumento di 500 gr. in peso durante il tempo delle esperienze e il fatto osservato più volte dall' egregio Direttore, che l' ammalata malgrado la febbre, ingrassava.

Il dott. Ceccatelli, che nella sua tesi di laurea si è appunto occupato del ricambio azotato nelle malattie infettive, ha constatato una sproporzione grande fra l' az. introdotto e l' az. eliminato nel senso di una maggiore quantità dell' azoto eliminato.

Io fui oggetto di ricerche da parte del dott. Ceccatelli (1) durante una pnemonite che mi colpì nel febbraio del 98. Eliminava 24 gr. di N mentre ne introducevo punto o poco, e questo è prova della grave distruzione di tessuti nelle malattie infettive, infatti diminuí invece di circa 5 Kg. in 12 giorni.

Quando mai questa grave distruzione, si è osservata nella nostra malata?

---

(1) Delle crisi urinose nelle malattie infettive — Ricerche cliniche eseguite nel laboratorio della Clinica di Bologna.

*
* *

La spiegazione intanto di una tale ipertermia di natura isterica è tutt'altro che agevole.

In generale le cause che producono la febbre sono facilmente apprezzabili: sappiamo che le sostanze virulente o settiche dànno febbre, che le grandi congestioni, le infiammazioni, i traumi, i disturbi funzionali dell'apparato digestivo, sono altrentante cause di febbre, così le eccitazioni prolungate del sistema nervoso, gli sforzi muscolari, i dolori intensi possono dare, se non una vera febbre, almeno ipertermia; nel nostro caso nulla ci è stato di tutto ciò: ed è mancato anche il dimagramento come abbiamo ripetutamente notato.

E qui per incidenza debbo ricordare che è proprio di tutti gli isterici la mancanza di notevole dimagramento. Mentre un individuo sano in stato di inanizione perde quotidianamente 800 gr. del suo peso, un'ammalata di B o u c h a r d non ne perdette che 1 Kg. in 28 giorni.

Essa emetteva gr. 2, 10 di urea nelle 24 ore.

Pure notevole è il modo di comportarsi delle temperature; nel nostro caso, abbiamo visto che abbiamo i tipi più svariati di ipertermia, mai un tipo costante, come hanno descritto in certi casi alcuni autori.

Più volte ha assunto il tipo di febbre quotidiana sebbene il mattino raramente fu trovata apiretica ma sempre con tre, quattro, cinque centigradi sopra il 37°.

E qui sarebbe a vedersi se possa ammettersi una media generale per la temperatura normale o se piuttosto debba ammettersi una media propria per ciascun individuo.

Gli autori sono abbastanza discordi intorno alla media della temperatura. Vunderlich ammette 37.°, Baresprung 36° 97, Alverenga 37° 27, Percelon 37° 4, Billzoth 37° 5 etc.

Io credo che ogni individuo abbia una media propria: quella della T. sarebbe certo superiore a 37 perchè raramente presenta solo 37.

Intorno all' etiologia, per il nostro caso, possiamo dire che per lo più la febbre insorge spontanea, senza causa nota, cessa sovente al cominciare delle mestruazioni, cessa per influenze suggestive.

La suggestione pare anche un momento etiologico importante di tale febbre.

Hanot e Boix (1) in una osservazione interessante, dicono che si devono fare ricerche per precisare l' etiologia di questa manifestazione « Si può domandare, dicono essi, perchè il malato è entrato nell' *isterismo attivo* con la febbre e perchè questa febbre ha preso da principio l' andamento di un tifo; la risposta é perchè l' ammalato ha assistito tre malati di tifo ». Essi dunque ammettono una forma suggestiva e il loro caso ha riscontro col nostro: abbiamo visto che nella storia è detto, che la nostra inferma, dopo avere assistito una malata di tifo, fu assalita da febbre a tipo tifoide.

Ripeto qui, che credo non si trattasse di tifo, ma della sua solita febbre isterica.

Altre volte sono riferite nella letteratura, come cause, le emozioni vive, la brusca apparizione delle regole (Virret. De l' hysterie consecutive a l' arret de la menstruation Th. Paris 1875).

Circa l' influenza della suggestione abbiamo visto che

(1) Sur un cas de fièvre histerique. Bull. de la Soc. méd des hôp. Seance du 28 4 - 93.

ipnotizzando la T. abbiamo potuto farle innalzare la temp. di più di un grado.. Avremmo voluto più volte ripetere l' esperienza, ma la paziente non ha voluto più prestarsi.

Gli autori, parlando di febbre isterica, hanno inteso ammettere come patogenesi di questa l' isterismo stesso.

Pormme, nel distinguere una febbre « umorale » e una « non umorale » preludeva evidentemente al concetto odierno della febbre d' origine chimica e alla febbre d' origine nervosa. Così Beau ammette l' origine nervosa della febbre isterica, così Sandras.

Debove otteneva un' ipertermia mediante la suggestione. Anche questo, che pure noi abbiamo ottenuto, dimostra l' origine nervosa della febbre isterica.

Intorno all' ipnotismo vi sono parecchie teorie, ma si sa poco di sicuro.

Certo é però che sono i centri nervosi causa del sonno ipnotico.

Heidenheim ritiene che causa dello stato ipnotico sia l' inibita attività delle cellule gangliari della corteccia cerebrale, dovuta a leggere stimolazioni prolungate del volto, o dei nervi ottici o dei nervi acustici.

Qualunque sia ad ogni modo il meccanismo col quale si produce lo stato ipnotico, può tuttavia ritenersi trattarsi di influenza sul sistema nervoso; ora se la termogenesi fosse assolutamente indipendente dal sistema nervoso, come sarebbe possibile provocare col sonno ipnotico l' ipertermia ?

Altrettanto potrebbe ripetersi per il caso di Hanot e Boix, che hanno ammesso trattarsi di forma suggestiva, nell' ammalata di febbre isterica a tipo tifoide, e per i casi citati dai vari autori guariti colla suggestione.

Salomone Marino chiama l'ipertermia isterica la forma termogena dell' isterismo, dice che sarebbe anche meglio chiamarla un' intensa iperemia neuroparalitica.

Vizioli dice, che riconosciuto l' isterismo come una nevrosi prevalentemente psichica, e provato l' intervento del cervello nella maggior parte delle sue manifestazioni, ed essendo infine provato che esistono speciali centri alla base e alla corteccia, alcuni deputati alla produzione del calorico, altri ai controllo di esso, centri termogeni e termotassici, non saprebbe comprendere come per una prevalenza di azione di uno di questi centri sull' altro, non possa rompersi l' equilibrio ed aversi così tanto l' ipertermia che l' ipotermia. L' isterismo dunque, con lo stesso meccanismo con cui dà la paralisi e la contrattura, il dolore e l' anestesia, la puliuria e l' anuria, con quell' istesso meccanismo può dare l' ipertermia e e l' ipotermia. Sollier (1) afferma, che la febbre isterica è conseguenza di una vasodilatazione attiva.

Chauveau, Boulai e Sarbò (2) considerano la febbre isterica come una manifestazione della nevrosi sui centri termici della corteccia cerebrale.

Estevès (3) crede che i disturbi vasomotori abbiano una parte importante nella produzione di tale febbre, dice che non va dimenticata la teoria nervosa della febbre.

Da Costa (4) considera la febbre isterica dovuta a disturbo funzionale dei centri termogenetici.

La maggioranza degli autori ammette dunque la febbre isterica dovuta ad un perturbamento del sistema nervoso , tutti ammettono che non abbia azione nociva sull'organismo, e secondo i più starebbe a rappresentare un equivalente dell' accesso isterico.

---

(1) Nature et Genese de la Hysterie, 97.

(2) Formes cliniques et patogenie de la fièvre hysterique. Th. Paris 1888.

(3) Youw Icon. de la Salp. V. V. q. 1892.

(4) Policlinico 95.

Di tale opinione sono Crouzet già citato, Gilles de la Tourette, Chatelinau e Rummo.

De Giovanni (1) vorrebbe dall' esistenza della febbre isterica trarre qualche conclusione per la patogenesi della febbre.

Anche per il Boari la febbre isterica è l' equivalente termico dello stato di male isterico.

Pucci ammette l' esistenza di centri termici e quindi la febbre isterica dovuta a lesioni di quelli; lo stesso pensano Bordoni, Santangelo Spoto e Bonardi già citati.

Charcot, diagnosticando la febbre nervosa pronunciò tali parole ; « L' isterismo precedente, il carattere « del brivido, la sua lunga durata, la sproporzione tra « l' intensità del brivido e la temperatura che sale po- « co sopra la normale, l' inefficacia di 70 - 80 centg. di « solfato di chinina mi hanno condotto alla diagnosi di « febbre nervosa ».

Tutti dunque universalmente ammettono che la febbre isterica sia d' origine nervosa. Ci è duopo osservare però, che questa febbre è una forma tutta speciale e che non sempre può parlarsi di febbre, poichè talora manca tutta la sindrome febbrile, esistendo solo l'innalzamento della temperatura senza disturbi generali concomitanti. Ed è necessario farla questa distinzione.

Murri (2) fa osservare che i moderni sono giunti a identificare febbre ed elevazione termica, facendo così astrazione da tutte le altre pertinenze dei processi febbrili, e facendo persino astrazione da quell' origine morbosa ammessa già da Vircow, come caratterizzante la elevazione veramente febbrile della temperatura. L' il-

---

(1) XIII Congresso Medico a Padova 1889.
(2) Sulla teoria della febbre. Indagini del Dott. *Augusto Murri* Fermo Tip. Bacher 1894.

lustre clinico ammette che non esiste una febbre, ma molti processi febbrili, ad ognuno dei quali corrisponde un quadro fenomenologico peculiare e ognuno dei quali si comporta diversamente rispetto al decorso, all'etiologia, alla cura. Ciò ha sostenuto al Congresso dell'88, questo ha ripetuto dinanzi all'associazione Marchigiana nel 96: (1) « *non ci è un processo febbrile, ma* « *tanti processi che prendono apparenze analoghe a* « *cagione di un sintomo importantissimo comune,* « *vale a dire l'elevazione del calore.* »

Con questo concetto si comprende come svariati meccanismi possono provocare la febbre, nello stesso modo che il vomito, la tosse possono essere dati da svariati meccanismi, e si comprende che, *se vi sono elevazioni di temperatura, che hanno origine da un disordine del sistema nervoso, che ne sono altre che sono prodotte senza di questo (2).*

Murri (3) stesso dice: *nè io vorrei negare in modo assoluto che un'elevazione durevole della temperatura del corpo, possa aversi per pura influenza nervosa; se noi non conosciamo oggi il modo, non vuol dire che la fisiologia non possa dircelo domani.*

E nei lavori di Congresso: *nell' isterismo, nell' epilessia, nei primi stadii dell'emorraggia cerebrale, negli ultimi di certi neoplasmi intracranici, che il riscaldamento avvenga per un meccanismo nervoso, pare anche a me veramente più che probabilissimo.* Ed invero come potrebbe ammettersi la teoria chimica per quei casi in cui non è dimostrabile la sostanza pirogena, come nell'isterismo?

Si potrebbe forse pensare ad autointossicazioni? Ma

(1) Terapia razionale. Conferenza 96.
(2) *Murri* — Lavori di Congresso 88.
(3) Loc. cit.

è logico pensare ad autointossicazioni che diano febbri della durata di otto, dieci giorni, di un mese, senza rilevabili alterazioni degli organi digerenti e senza trovare nelle orine nessuna di quelle sostanze, che sono indice di accresciuta o anormale putrefazione intestinale senza alterazioni degli organi deputati ad eliminare dall'organismo le sostanze tossiche?

Ma è possibile localizzare a qualche parte del sistema nervoso, l'alterazione che è capace di dare questa febbre isterica e il meccanismo col quale dal sistema nervoso si produce questa ipertermia?

Sappiamo che Traube ammetteva l' origine della febbre nel sistema vasomotore.

La sostanza pirogena eserciterebbe sul sistema vasomotore un'influenza tale, che le fibre muscolari delle ultime arteriole entrano violentemente in contrazione. Questo restrigimento vasale avrebbe un duplice effetto, di diminuire la quantità di sangue che le arteriole ricevono in un dato tempo e di diminuire la pressione che si esercita sulla loro superficie interna. Ne risulterebbe tosto un minore raffreddamento del sangue per la diminuita dispersione. Senator ammetteva l'ipertermia dovuta a diminuzione periodica della perdita di calore per una soverchia eccitabilità dei nervi vasomotori. Marey ricercava pure in una alterazione del sistema nervoso vasomotore la causa della febbre. Per Marey il calore eccessivo era effetto del rilasciamento dei vasi (vasoparalisi).

Anche Vulpian dà un posto importante per la patogenesi della febbre al sistema vasomotore: ammette che la causa pirogena operi sui centri nervosi e questi agiscano alla loro volta sui vasi, così da produrvi prima il restringimento dei piccoli vasi cutanei, donde il briivdo, poi la dilatazione, donde il calore. Ammette inoltre che, dilatandosi anche i vasi profondi, si renda-

no perciò più attive le funzioni fisico-chimiche che generano il calore.

Così Bernard, lo scopritore della funzione dei nervi vasomotori, considera la febbre come un atto della calorificazione normale divenuta d'un tratto sfrenata, perchè la causa pirogena ha colpito i nervi vasocostrittori o frigorifici, lasciando prevalere i nervi vasodilatori o calorifici.

Altri autori, poi, e sono forse i più, hanno voluto trovare l'esistenza di centri del calore, alcuni dei quali sarebbero produttori del calore (termogenetici) altri regolatori, inibitori (termotassici).

Da Richet, Brodie, Zirard, Lavvadovischy, Eschechin, Naunyn, ecc. viene riconosciuta l'esistenza di 4 centri termici alla base: uno nella parte anteriore del corpo striato, uno fra il corpo striato e il talamo ottico, uno infine nel punto di decussazione delle fibre motrici alla punta del calamo nel midollo e di due altri centri nella corteccia (scissure di Silvio e solco crociato).

Questi due ultimi servirebbero a frenare l'attività degli altri centri, epperciò chiamati termotassici.

Isac Ott, dividendo trasversalmente il cervello da avanti in dietro provocò l'elevazione della T. sino a 111° F; allorchè cadde col taglio sul corpo striato. Ciò nel 1884. L'anno seguente riferì che anche le lesioni della parte anteriore del talamo ottico producono aumento di calore.

Il numero della località, la cui lesione mena ai medesimi risultati è venuto crescendo con le ricerche di Aronsohn e Sachs, che ne trovarono uno anche nella parte mediale, del *nodus cursorius*, e dello stesso Ott, che ne colloca uno ancora nel solco crociato, un altro nel solco silvico al punto di unione della scissura sopra e postsilvica, un altro nella regione posta

sotto il corpo striato, un altro ancora tra il corpo striato e il talamo ottico sulla linea mediana.

Ad Eulemburg e Landois (1) sarebbe riuscito scoprire sulla superficie del cervello del cane un luogo, che esercita un'influenza indubitabile sulla temperatura e nell'ampiezza dei vasi dello estremità anterolaterali. Il luogo sarebbe presso il solco crociato.

Wood, distruggendo questi punti scoperti da Eulemburg e Landois avrebbe ottenuto un'elevazione termica. A questi dati sperimentali dobbiamo aggiungere i casi clinici di White (2) e di Blake nei quali la temperatura ha raggiunto e oltrepassato i 104° F, quello di Page di frattura con depressione delle ossa del cranio in corrispondenza della parte posteriore del lobo temporo-occipitale, in cui la temperatura si elevò sino a 105° F, che il sollevamento dell' osso infossato ridusse al normale, il caso di Bourneville, un secondo di White, ed uno di Bagorjavlensky, di lesione del corpo striato, con elevamento termico sino a 107° F.

La questione ad ogni modo è lungi dall'essere risolta, ed io mi guardo bene dall' addentrarmi nell' arduo ed oscuro argomento. Solo, a me pare che nel caso nostro, l'ammettere l'origine nervosa della febbre, equivalga ad identificare la patogenesi di tale febbre con quella dell'isterismo, ad ammettere, cioè, che le stesse alterazioni del sistema nervoso, capaci di provocare la sindrome isterica, di dare la contrattura, le convulsioni, il vomito, l'anuria, l'anestesia, le alterazioni, che dànno all' inferma un' attitudine speciale di fronte a certi farmaci, siano anche capaci di dare l' ipertermia.

---

(1) Fisiologia.

(2) On the position and value of those lesions of the brain which cause a vice of temperature. Journ. of Pschys. 1801.

Ma è possibile come per le malattie organiche del sistema nervoso localizzare le alterazioni proprie dell'isterismo?

Charcot ha fatto autopsie in donne che avevano avuto per più di 30 anni anestesie isteriche, e le sue ricerche rimasero infruttuose: ciò dimostra però che egli partiva dal concetto che le manifestazioni isteriche avessero corrispondenti alterazioni in date località del sistema nervoso. E il suo concetto era razionale, e mi sembra che sarebbe un abiurare alla dottrina delle localizzazioni, se ogni qualvolta vediamo (nelle malattie del sistema nervoso) una funzione abnorme in un organo, non pensassimo a una corrispondente lesione nel centro che presiede a quell'organo.

Del resto che alterazioni vi sieno nell'isterismo, anche se sfuggono all'indagine, è dal maggior numero degli autori ammesso. Murri (1) dice che l'isterismo porta lesioni in uno o più punti dell'asse cerebro-spinale, per un'alterazione materiale che ci è affatto ignota.

Intorno alla natura di tale alterazione gli autori sono discordi. Da alcuni fu affermato che le nevrosi possono dare alterazioni che non hanno nulla a vedere col centro leso: e viene citato ad esempio il fatto delle anestesie che non sono in rapporto colla distribuzione dei nervi. Però chi ha dimostrato che irregolari anestesie non abbiano corrispondenti irregolari lesioni in corrispondenti cellule cerebrali?

Tamburini (2), parlando delle anestesie isteriche, crede che riportando il fenomeno alla sede, alla corteccia cerebrale e ai suoi centri localizzati, esso si

(1) Tumori cerebrali.

(2) Dell'isterismo. Trattato di Patologia e Terapia. *Cantani* e *Maragliano*.

integra in un concetto più completo e che meglio spiega tutti i fatti.

Altre teorie hanno tentato spiegare i fenomeni isterici: così v'ha chi considera l'isterismo come una psicosi (I a n e t, D u t i l). Ma anche per le psicosi si può escludere una lesione dei centri nervosi?

M o ê b i u s e S t r ü m p e l definiscono l'isterismo come una malattia da rappresentazione. Questo concetto non può applicarsi che a certi accidenti isterici non a tutti. O p p e n h e i m, I o l l y, P i e r r e I a n e t hanno fatto rimarcare che un gran numero dei sintomi isterici non sembrano dipendere da una rappresentazione mentale; gli attacchi, i sonnambulismi, i delirii sono composti da tutto un lungo seguito di sensazioni e di pensieri così svariati, che evidentemente non avrebbero potuto in nessun modo essere preveduti dal malato.

G o v v e r s (1) dice i fenomeni isterici dipendono dal disordine dei centri cerebrali inferiori (della base).

In altro luogo aggiunge: « Parlando d'isterismo quale malattia funzionale, non si esclude che lo possano sostenere o che possa dipendere da alterazioni della nutrizione ultima degli elementi nervosi; ma tali alterazioni, anche massime, i nostri mezzi di investigazione non ce li rivelano; con un'eccezione: la contrattura può sviluppare sclerosi spinale; esempio quasi unico d'alterazione di struttura procedente da disturbo funzionale ».

Altri autori dicono trattarsi di disturbi di circolo, ma, poichè il circolo è sotto l'infiuenza del sistema nervoso, debbono poi chiedersi quale è l'alterazione del sistema nervoso che provoca i disturbi di circolo. Sono qui da ricordarsi le teorie di O d d i e B o n f i g l i, della mancanza dei centri inibitori; la teoria della sca-

---

(1) Trattato di patologia del sistema nervoso.

rica: la cellula nervosa normale dà un'energia in proporzione degli stimoli e questa energia è messa in libertà, allorquando gli stimoli giungono alla cellula.

Per condizioni abnormi la cellula sprigionerebbe tutto in un momento questa energia, anche per stimoli piccoli. Ma perchè, per quali condizioni questa cellula funziona abnormemente?

Lepine ha ammesso che presupposti neuroni di Ramon y' Cayal possano allontanarsi e quindi sospendere certe funzioni.

Paul Sollier crede l'isterismo un disordine fisico funzionale del cervello, consistente in uno stordimento (*engourdissement*) o un sonno *localizzato* o generalizzato, passeggero o permanente, dei centri cerebrali e che si traduce per conseguenza, secondo i centri colpiti, con manifestazioni *vasomotrici* e trofiche, viscerali, sensoriali motrici e psichiche.

La maggior parte degli autori ammette che una alterazione vi sia; non abbiamo mezzi di indagine per rilevarne la natura, ma possiamo noi, per il nostro caso speciale, cercare di localizzare almeno per via di ipotesi, la sede dell'alterazione capace di dare anche l'ipertermia, valendoci per il giudizio, dei fenomeni che la nostra malata ha presentato? I fatti più salienti che risultano dalla storia della T. sono: Il vomito, la tachipnea, l'anuria, il modo di comportarsi del suo organismo per piccole dosi di antipirina e di antifebbrina e di salicilato di soda; la contrattura, le convulsioni, le anestesie.

Tutti i sintomi presentati per le lievi dosi dei detti farmaci descritti nell'anamnesi sono evidentemente fenomeni vasomotori. L'antipirina esercita la sua azione su tutto l'asse cerebro spinale, ma specialmente sul centro vasomotore; il Bufalini dice che ha un'azione depressiva sul sistema vasomotore provocando una

vaso-dilatazione. Analoga azione ha l'antifebbrina, così dicasi del salicilato di soda.

Ora è logico che per una lesione dei centri vasomotori, questi farmaci provochino un'esagerazione di fenomeni vasomotori.

L'anuria, secondo Viaulte e Iolyet (1), è pure fenomeno vasomotore. La sezione del midollo sotto il bulbo, produce diminuzione e talora arresto completo o quasi della secrezione urinaria. Questa operazione produrrebbe una dilatazione vascolare generale e, in seguito, un grande abbassamento della pressione sanguigna. Anche l'eccitazione sotto il bulbo produce lo stesso effetto. Per tale eccitazione l'azione dei nervi vasomotori è aumentata e si produce anche la costrizione delle arterie renali.

Nel bulbo sono i centri vasomotori, e con alterazione del bulbo potrebbero spiegarsi gli altri fenomeni: il vomito, la tachipnea, l'assenza del reflesso faringeo. Anche l'ineguaglianza della distribuzione della temperatura riscontrata da alcuni autori (Lombroso, Salomone Marino) sta a prova dell'origine vasomotoria di tale febbre.

Ma come spiegare le convulsioni (sebbene le convulsioni generalizzate potrebbero stare anche in dipendenza di lesione bulbare), l'anestesia, la contrattura e il modificarsi dei fenomeni sotto l'influenza della suggestione? Fenomeni tali starebbero piuttosto in rapporto con alterazione corticale.

Ma anche per il sistema vasomotore sono ammessi centri primari corticali (2), sebbene non si conosca in quale parte della corteccia, così che le funzioni che

(1) Fisiologie humaine.

(2) *Edinger* — Vorlesungen über den Ban der nervösen centrgane für ärzte Studirende 1889.

sembrerebbero sfuggire all'azione del cervello e non essere che sotto la dipendenza del bulbo, avrebbero invece un centro cerebrale.

Un'alterazione dunque dei centri vasomotori corticali e bulbari e delle vie che fanno comunicare tra loro tali centri potrebbe forse spiegare l'insorgere della febbre. Quale però ne è il meccanismo?

Delle teorie vasomotorie accennate, quale applicare al nostro caso?

L'insorgere della febbre col forte brivido, (vasocostrizione), l'intensa sensazione di calore che prova di poi, i profusi sudori con cui termina (vasodilatazione), ci porterebbero ad applicare al nostro caso la teoria di Traube, teoria che, se insufficiente a spiegare le comuni febbri, potrebbe valere a spiegare la febbre isterica.

Manicomio privato di Messina

CONTRIBUTO ALLA CONOSCENZA

DELLE

PARALISI PROGRESSIVE POST-TABETICHE

PEL

DOTT. GUIDO GARBINI

L'associazione della tabe e della paralisi progressiva si può avere in tre modi:

I.° A tabe conclamata segue dopo un tempo variabile la paralisi progressiva.

II.° Le due affezioni sorgono contemporaneamente.

III.° I disturbi psichici si manifestano prima dei disturbi tabetici.

È mio proposito di considerare solo quei casi, che rientrano nella prima categoria, tralasciando tutti gli altri.

Consultate le osservazioni già pubblicate, che mi è stato possibile avere su questo argomento, le riporto a larghi tratti riassunte, aggiungendo ad esse 11 casi che ho potuto studiare nel Manicomio di Roma (1).

Il confronto di tutti questi casi di paralisi progressiva post-tabetica mi dà il modo di contribuire allo studio

(1) A questo proposito ringrazio vivamente il prof. Bonfigli che mise a mia disposizione quei malati, i professori Giannelli, Mingazzini e Sciamanna che mi furono larghi di aiuto e di consiglio, il prof. Pensuti che gentilmente mi fece studiare un suo malato.

della etiologia, sintomatologia e decorso clinico della malattia.

L'importanza dello studio delle cause determinanti la demenza paralitica post-tabetica è anche di attualità, inquantochè servirà forse in seguito ad agevolare lo scioglimento del quesito tanto discusso e non ancora ben definito, se la tabe e la paralisi progressiva siano o meno due malattie identiche, ma con diversa localizzazione.

CENNI STORICI

È ad Horn (1) nell'anno 1833, che si deve la prima osservazione completa, con autopsia, di tabe associata a paralisi progressiva. Come esempio portava un malato, affetto da tabe, il quale dopo nove anni dai primi sintomi tabetici fu preso da allucinazioni, delirio, impuntamenti di parola, paralisi degli sfinteri ed infine alienazione mentale completa. Quattr' anni dopo l'apparizione dei disordini mentali, morì. Fatta l'autopsia, si trovò atrofia della midolla spinale, atrofia dei nervi ottici, colorazione brunastra della sostanza cerebrale, iperemia delle meningi, siero nello spazio sottoaracnoideo.

Prima di lui il Calmeil (2) nel 1821 aveva notati ed illustrati solamente i disturbi locomotori di certi paralitici. Steinthal (3), nel 1844, disse che nella tabe non vi è diminuzione o alterazione dell' intelligenza: i tabetici hanno carattere gaio o indifferente. Nel 1846 Boulliaud (4) negava la natura paraliti-

(1) Horn' s Arch. Berlin 1833 pag. 33.

(2) Calmeil — De la paralysie considerée chez les aliénés — Paris. 1826.

(3) Steinthal — Beiträge zur Geschichte der tabes dorsalis — Luglio e Agosto 1844. Berlino.

(4) Boulliaud — Nosographie médicale. T. V, pag. 314, 1846.

ca dei disturbi di moto all'inizio della paralisi progressiva. Per lui si tratta invece di disturbi di coordinazione. Così Wunderlich nel 1854 e Skae nel 1860, nuovamente Calmeil ed il Falret, designarono i disturbi della motilità nei paralitici sotto il nome di movimenti malcoordinati o disordinati, od anche atassici. Duchenne de Boulogne (1), Trousseau (2), Grisolle (3) facevano rilevare, come nella tabe l'intelligenza resti integra; nel mentre Niemeyer (4) a sua volta dà come sintoma della propagazione della malattia al cervello, l'indebolimento di memoria e lo stupore in cui cadono questi malati.

In Germania intanto gli autori segnalavano casi di tabe con complicazioni mentali. Negli atti dell' Accademia delle Scienze di Vienna (5) del 1856 si trova la relazione fatta da Türck di due casi di tabe finita in alienazione mentale. Questi all'autopsia riscontrò classica degenerazione grigia dei cordoni posteriori della midolla unita a periencefalite. Nel 1858, due anni appresso, lo stesso Türck presentava ai lettori dell'*Aerztliche Berichte über die K. K. Irren-Heil und Pflege Anstalt zu Wien,* un' autopsia simile. In tutti e tre questi casi, mancavano sfortunatamente le notizie cliniche. Alla sua volta Hoffmann (6) ricorda un uomo affetto da molti anni da tabe, il quale presentò di un tratto debolezza di memoria e, poco tempo dopo, demenza completa.

Nel 1857 Ioffe comunicava alla Società di medicina di Vienna la storia clinica, con reperto anatomo-pa-

(1) De l'ataxie locomotrice progressive. — Archiv. gen. de méd. 1858.
(2) Trousseau — Article Ataxie du Dictionnaire de Iaccoud.
(3) Grisolle — Traité de pathol. interne T. II.
(4) Niemeyer — Pathologie interne. Vol. II.
(5) T. XXI, 1856.
(6) Hoffmann — Allg. Zeitsch. f. Psych, T. XIII. pag. 209.

tologico, di una malata morta paralitica, nella quale la malattia si era iniziata con sintomi spinali. Due anni dopo, 1859, Calmeil (1) pubblicava alcuni casi in cui i sintomi proprii della periencefalite cronica diffusa erano apparsi in soggetti già prima affetti da mielite cronica.

Intanto Duchenne de Boulogne ci aveva fatto conoscere esattamente il quadro clinico della tabe; e per opera di Joffe, Parchappe, Falret, Rokitanscki, Westphal, avevamo notizie esatte sulla paralisi progressiva. Quest'ultimo con altri suoi lavori tende a far rilevare la frequenza della tabe con la demenza paralitica. Egli pubblica 3 casi clinici di tabe con paralisi progressiva, due dei quali confortati da esame necroscopico. Per lui il sintoma di Romberg non v'è nella demenza paralitica, e i disturbi di favella non si riscontrano nella paralisi progressiva associata con tabe.

In Francia Baillarger (2) nel 1862 per il primo segnalava i rapporti tra tabe e paralisi progressiva e ne portava 5 osservazioni. Egli, impressionato dal fatto che le due malattie possono sovrapporsi, dà, come criterio clinico per differenziarle, i dolori terebranti negli arti inferiori.

Topinard (3) riferisce parecchi casi di atassia locomotrice accompagnata da sintomi encefalici. Fra tutti questi importante è la storia di un malato, classificato da Duchenne stesso, tabetico e divenuto poi demente paralitico. Per il primo metteva fuori l' idea

(1) Calmeil — Traité des maladies inflammatoires du cerveau — Paris, 1859, vol I.

(2) Baillarger— Association de l'ataxie locomotive et de la paralysie générale. — Ann. méd. psych. Gennaio, 1862.

(3) — Topinard — De l'ataxie et en particulier de la maladie appellée ataxie locomotrice progresssive. — Paris, 1864.

che l'alienazione mentale si mostrasse in un periodo avanzato di tabe, e caratterizzasse una delle terminazioni possibili della malattia: i disturbi intellettivi inoltre non influirebbero per nulla sul decorso di essa. Ammetteva la possibilità della combinazione delle due malattie, ma pensava che la tabe non fosse un sintoma abituale della paralisi progressiva.

Per Iaccoud (1) esiste una forma encefalica cerebrale di atassia locomotrice. Foville (2) studia l'associazione della tabe colla paralisi progressiva, e presenta quattro osservazioni, in cui le due affezioni sono riunite nello stesso soggetto, ed in questo l'una e l'altra si sono progressivamente aggravate. E Foville conclude fra l'altro: « Eccezionalmente la paralisi progressiva può essere consecutiva ad un'affezione del sistema nervoso e risultare dalla propagazione agli emisferi di una malattia nervosa anteriore sia della midolla (tabe), sia di un nervo cranico (strabismo, amaurosi) ».

Questa memoria presentata alla *Société médico-psychologique*, suscita discussioni vive fra Foville, Bouchereau e Magnan (3); e le opinioni emesse in questa assemblea indicano lo stato della scienza in quell'epoca su questo argomento. Concludono questi:

I. Che nei casi di tabe semplice gli autori hanno constatato integrità delle facoltà mentali.

II. Che la tabe può complicarsi con diversi disturbi della intelligenza: dall'indebolimento semplice fino al delirio completo.

III. Che questa complicanza di follia è sovente la paralisi progressiva.

---

(1) Iaccoud — Paraplégie et ataxie du mouvement, 1864.

(2) Foville — De la paralysie génér. par propagation—Ann. médico-psych. Gennaio, 1873.

(3) Magnan — Ann. médico-psych., sett. 1872 e nov. 1873.

Dopochè per opera di Magnan e di altri, la questione del rapporto fra tabe e paralisi progressiva fu bene e chiaramente posta, i lavori si continuarono e si moltiplicarono prestamente. Le osservazioni, le autopsie e le statistiche pubblicate fecero vedere come l'associazione di queste due malattie non sia molto rara. Ne citerò alcune:

Köberlin su 23 casi di paralisi progressiva ne trova dieci con alterazioni tabetiche. Furstner ha riscontrato in 165 dementi paralitici 101 volte lesione dei cordoni posteriori (60 0[0] dei casi). Per Voisin, su 100 paralitici presi a caso, 75 avevano alterati i soli cordoni posteriori. Foville, Krafft-Ebing, Westphal, Rey, Obersteiner, Stahl, Hámilton, Plaxon, Christian, Masson, Mikle, Fournier, Dudley, Baillargèr, Flechsig, Ioffroy, Chabbert, Nageotte, Raymond, Rendu, Neebe, Zeri pubblicarono casi clinici di paralisi progressiva post-tabetica. Moltissime di queste relazioni sono accompagnate da minuziose autopsie.

Gli studi intanto sulla etiologia, anatomia patologica, sintomatologia di queste due affezioni, isolatamente considerate, andavano aumentando in numero e perfezione, specie per opera di Raymond, Flechsig, Strümpell e di Fournier.

La maggior parte dei neuropatologi ora ammette, che le due malattie trovino il loro momento etiologico principale nella sifilide, agente sopra un terreno già predisposto. Per Strümpell le intossicazioni post-sifilitiche agirebbero, ora sul midollo, ora sul cervello, ora su tutti e due, a seconda dei casi. Per lui la paralisi generale è la tabe del cervello. Per lui ancora la tabe predispone alle psicosi. Su questa convinzione Strümpell istituì alcune ricerche anatomo-pa-

tologiche sui cervelli dei tabetici (1), e nel Congresso internazionale di Berlino del 1890 segnalò la scomparsa delle fibre tangenziali di mielina della corteccia cerebrale di alcuni tabetici (come avviene nella paralisi progressiva).

Pierret e Ioffroy (2) dicono di aver riscontrato lesioni sclerotiche nella corteccia cerebrale di tabetici. E Nageotte: (3) « Su tre cervelli di atassici, morti a Bicêtre senza mai aver presentato alcun disturbo mentale, io ho trovato in un caso lesioni indubbie di paralisi progressiva ».

Raymond (4), Rendu (5) Lemoine (6) Fournier (7), Nageotte (8) sostengono che tabe e paralisi progressiva siano due manifestazioni diverse della stessa malattia.

All'opposto Ioffroy (9), Gilbert Ballet (10), Zenner (11) Limba Stojanovitch (12) credono che le due malattie siano legate da una stretta parentela *(cousines germaines)*, ma sieno due malattie diverse, e che, anche quando si riscontrano in uno stesso individuo, restino indipendenti pei caratteri essenziali per cui ciascuna di esse si distingue.

---

(1) Neebe — Thèse de Strasbourg, 1885.
(2) Pierret e Ioffroy — Atti del Congresso Internaz. di Berlino, 1890.
(3) Nageotte — Tabes et paralysie générale, pag. 134.
(4) Raymond — Bulletin de la société méd. des hôpitaux. 1892, pag. 239.
(5) Rendu — Bulletin Médicale, 1892, N. 42.
(6) Lemoine — Gazette médicale de Paris, 1894, N. 13-15.
(7) Fournier — Revue Neurologique, 1893, N. 13, pag. 335.
(8) Nageotte — op. cit.
(9) Ioffroy — Bulletin de la Soc. méd. des Hôp. 1892, N. 42.
(10) Gilbert Ballet — Bull. méd. 1892, N. 42.
(11) Zenner — Neurol. Centralblatt, 1894, pag. 272.
(12) Limba Stojanovich — Étude critique sur les rapports de tabes et paralysie générale, 1893.

OSSERVAZIONE I.

Westphal — (*Virchovv's Arch. 1867 pag. 94*).

F. di a. 41 — Ereditá psicopatica grave — Sifilide — Dolori folgoranti negli arti superiori — Fenomeni atassici — Transitorio eccitamento maniaco. — Disturbi di parola — Emotivitá — Alternative di incontinenza di urine — Eccitamento maniaco con idee ambiziose — Disturbi di sensibilità — Idee ipocondriache — Accessi epilettiformi — Porpora. Morte improvvisa.

AUTOPSIA — Porpora emorragica — Ispessimento della pia spinale — Degenerazione grigia dei cordoni posteriori — Aderenze della pia cerebrale alla sostanza corticale — Dilatazione dei ventricoli cerebrali — Edema polmonare.

OSSERVAZIONE II.

Westphal — (*loc. cit. pag. 106*).

A. St.. a. 35 — Grave eredità psicopatica — Sifilide — Dolori folgoranti alla testa e alle membra — Ictus apoplettico — Debolezza mentale — Andatura tabetica — Parola difficile — Idee deliranti ipocondriache alternantisi con euforia e idee ambiziose — Ripetuti attacchi epilettiformi.

Morte.

AUTOPSIA — Degenerazione dei cordoni posteriori — Pia spinale ispessita.

Radici posteriori atrofiche — Ispessimento pia cerebrale. Ventricolo sinistro dilatato — Polmonite.

OSSERVAZIONE III.

Westphal (*loc. cit. pag. 165*).

D. ....., anni 41. Probabile lue — Alcoolismo — Dolori folgoranti arti inferiori — Disturbi nell'andatura — Romberg. — Disturbi di parola — Impotenza — Anisocoria —

Tremori — Euforia — Alto concetto di sè — Marasma.
Morte.

AUTOPSIA — Degenerazione grigia avanzata dei rigonfiamenti lombare e dorsale — La regione cervicale meno malata.

OSSERVAZIONE IV.

Foville—(*Ann. mèd. psych.* 7 *Ianv.* 1873).

R. .... di anni 52 — Manca l'anamnesi remota. Deficienza mentale. Eccessi alcoolici. Umidità continuata. Paraplegia seguita da raffreddamenti. Diminuzione di intelligenza e di memoria. — Delirio ambizioso. Disturbi di parola. Pupille miotiche. — Marasma.
Morte

AUTOPSIA — Pia ispessita, opacata, aderente alle circonvoluzioni — Giri cerebrali atrofici — Ventricoli laterali dilatati — Degenerazione grigia dei cordoni posteriori.

OSSERVAZIONE V.

Foville — (*loc. cit.*).

N. N. di a. 36 — Eccessi alcoolici e venerei — Umidità continuata — Tremori — Atassia – Diplopia. Anestesia. Disturbi di parola — Intelligenza diminuita — Paresi del detrusore della vescica — Deglutizione difficile — Idee deliranti.
Morte.

AUTOPSIA — Lesioni caratteristiche di tabe e di paralisi progressiva.

OSSERVAZIONE VI.

Foville (*loc. cit.*).

M. ....,G. .... di anni 38 — Manca completamente l'anamnesi — Fatiche eccessive — Dolori lancinanti — Vi-

sta indebolita — Paraparesi — Eccitamento maniaco — Disturbi trofici.

Morte.

AUTOPSIA — Manca.

OSSERVAZIONE VII

Foville (*loc. cit.*)

M. . . . . C. . . . . a. 32 — Madre emiplegica - Libertino Collerico — Alcoolista —Affezioni veneree — Incoordinazione dei movimenti — Frequenti traumi — Deambulazione impossibile — Senso muscolare abolito — Incontinenza di urine e di feci — Indebolimento di memoria. — Attenzione labile — Amaurosi— Favella disturbata — Delirio con idee orgogliose — Percezione lenta — Marasma.

Morte.

AUTOPSIA — Non permessa.

OSSERVAZIONE VIII

Rey (*Ann. méd. psych. 1875 pag. 161*)

B. . . . . . 33 anni — Grave labe gentilizia— Vita regolata. Indebolimento della vista — Diplopia — Dolori lancinanti — Atassia — Indebolimento di memoria e di intelligenza — Cambiamento di carattere — Stato ipocondriaco — Attacchi apoplettici con perdita di coscienza — Eccitamento — Paralisi degli sfinteri.

AUTOPSIA — Manca.

OSSERVAZIONE IX

Rey — (*loc. cit.*)

A. . . . . 52 a. — Eredità psicopatica diretta — Tabe — Disturbi di intelligenza — Delirio maniaco con idee di grandezza — Allucinazioni — Tremori — Dolori lanci-

nanti — Atassia — Euforia — Disartria — Memoria profondamente lesa — Ictus.

Morte.

Autopsia — Meningi ispessite edematose — Vene turgide — Pia aderente ai giri cerebrali — Decorticazioni nelle circonvoluzioni cerebrali — Rammollimenti — Ependima ispessito — Degenerazione grigia e diminuzione di volume degli oculomotori comuni — Granulazioni del 4.° ventricolo — Placche cartilaginee alle meningi spinali — Sclerosi dei cordoni laterali nella parte inferiore della midolla.

Osservazione X.

Rey — (*loc. cit.*).

Rat. . . . . . a. 35 — Eredità nervosa e discrasica — Sifilide — Paure — Fu prigione a Brest — Dolori lancinanti — Disturbi visivi — Deambulazione difficile — Indebolimento delle funzioni sessuali — Attacco apoplettico — Paralisi degli sfinteri. — Perdita di memoria — Disordini nelle idee — Parola tremula — Sensibilità diminuita — Intelligenza quasi perduta — Irritabilità — Atti di violenza — Euforia — Il malato è perduto di vista.

Osservazione XI.

Christian (*Ann. méd. psych.*, *1879*, *pag. 46*).

M. C. Anni 37 — Anamnesi remota manca — Eccessi di tutti i generi — Sifilide — Fatiche eccessive — Trauma grave al capo — Dolori folgoranti — Diplopia — Incertezza nei movimenti — Delirio ambizioso — Eccitamento maniaco — Disartrie — Tremori — Idee di grandezza.

Morte.

Manca l'autopsia.

Osservazione XII.

Rougier — (*Thèse de Lyon, 1882*).

Car. Pierre a. 57 — Sifilide — Alcoolismo — Atassia locomotrice progressiva — Amaurosi — Disturbi a carico della sensibilità generale e specifica — Indebolimento dell' intelligenza — Lipemania — Delirio di persecuzione — Parola difficile — Amnesia completa — Tremori.

Morte.

Autopsia manca.

Osservazione XIII.

Rougier — (*loc. cit.*).

Philippe G. a. 41 — Eredità reumatica — Eccessi alcoolici — Nega sifilide — Crampi alle gambe con parestesie e dolori lancinanti — Dolori a cintura — Amaurosi — Crisi rettali — Movimenti atassici — Disturbi di sensibilità — Delirio lipemaniaco con allucinazioni—Delirio megalomaniaco — Memoria apparentemente non molto lesa.

Morte.

Manca l' autopsia.

Osservazione XIV.

Foville — (*Rougier Op. cit.*)

M. C.... a. 38 — Sconosciuta l'anamnesi — Eccessivo lavoro mentale — Amaurosi — Indebolimento dell' intelligenza — Pupille rigide — Soliloqui — Idee incoerenti — Disturbi di fonazione — Accessi di esaltamento — Deambulazione quasi impossibile — Attacchi epilettiformi — Marasma.

Morte.

Osservazione XV.

Westphal (*Berl, Gesellsch f. Psych. u. Nervenker 14 Luglio 1884*)

N. N. — Ginnasta — Sifilide — Parestesie — Minzione difficile—Rotulei aboliti — Ictus — Amaurosi — Accesso maniaco con delirio di grandezza — Romberg — Parola tremula — Collasso.

Morte.

Autopsia — Lesioni classiche di tabe — Pia madre torbida — Pavimento IV ventricolo irregolare.

Osservazione XVI.

Cristian — (*Union médicale 1884*).

B... a . 34 — Antecedenti ereditarii sconosciuti — Sifilide — Forte paura — Diplopia — Strabismo — Imbarazzo di parola — Diminuzione di memoria — Stranezze — Éuforia — Delirio generale — Intelligenza ridotta al *minimum* — Curiosità infantile — Ictus — Attacchi epilettici.

Morte.

Osservazione XVII.

Baillarger (*Ann. méd. psych., 1885 pag. 154*).

N. N. — Mancano le notizie dei parenti — Sifilide — Dolori al petto e vomito — Dolori arti inferiori — Cefalea — Emiplegia facciale — Delirio melanconico — Tentativo di suicidio — Imbarazzo di parola — Indebolimento di memoria — Locomozione disturbata — Allucinazioni — Incoerenza di idee — Paralisi della vescica.

Morte.

Autopsia — Sclerosi dei cordoni posteriori della midolla — Gangli spinali atrofici — Radici posteriori atrofiche — Dura

madre, aderente alla corteccia cerebrale, ispessita — Ventricoli laterali dilatati.

OSSERVAZIONE XVIII

Magnan — (*Gaz. des hôp. 1886*)

N. N. — Non si hanno notizie ereditarie — Fatiche eccessive. — Parestesie — Dolori lancinanti — Deambulazione incerta — Disturbi di vescica e del retto — Dolori a cintura — Tremori—Disturbi di parola — Cambiamento di carattere — Crisi gastriche — Romberg — Atassia — Sensibilità diminuita — Intelligenza e memoria affievolite — Idee di grandezza — Ictus — Marasma.

Morte.

AUTOPSIA — Aderenze delle meningi cerebrali specifiche di paralisi progressiva — Degenerazione dei cordoni posteriori.

OSSERVAZIONE XIX

Ioffroy (*Nouvelle Ichonographie de la Salpêtrière, 1891. N 1 pag. 30*)

N. N. — Grave eredità gentilizia — Alcoolista Libertino —Sifilide — Atassia — Romberg — Pupille rigide — Rotulei aboliti —Diminuzione di potenza sessuale — Dolori folgoranti —Paraplegia — Parola scandente, tremula — Indebolimento di memoria e di intelligenza — Esaltamento — Idee di persecuzione.

Morte.

AUTOPSIA — Lesioni classiche di paralisi progressiva e di tabe.

OSSERVAZIONE XX

Raymond (*Bulletin de la Société méd des Hôp. 1892. pag. 836*)

H. I.. a. 37 — Lue esclusa — Abitò molto luoghi umidi — Eccessi di lavoro — Parestesie — Dolori lancinan-

ti — Diplopia — Crisi gastriche e rettali — Minzione difficile — Sensibilità ritardata — Rotulei aboliti — Anisocoria — Robertson — Atrofia della papilla — Lancia le gambe — Euforia — Idee ambiziose — Lacune nella memoria —Impuntamenti di parola — Scrittura caratteristica di paralisi progressiva - Stato ipocondriaco — Delirio — Paraplegia.

Morte.

AUTOPSIA – Midolla impicciolita — Meningi ispessite — Radici anteriori grigie — Cordoni posteriori sclerosati — Decorticazioni nelle circonvoluzioni — Granulazioni all'ependima.

OSSERVAZIONE XXI

Raymond — (*Nageotte*, *Op. cit.*)

L.. M. a. 40 — Eredità nervosa grave — Alcoolista — Libertino — Eccessi di lavoro — Forse lue — Anoressia — Irritabilità — Dolori folgoranti — Amaurosi — Impotenza. Tremori — Disartrie — Rotulei aboliti — Grande volubilità — Eccitamento — Idee di grandezza — Memoria indebolita.

È perduto di vista.

OSSERVAZIONE XXII

Raymond— (*loc. cit.*)

Uomo di anni 46 — Nega lue — Vita intemperante — Grave eredità psicopatica — Dolori folgoranti — Distrazioni tibiotarsiche — Diplopia — Romberg — Rotulei aboliti — Esaltamento psichico — Cambiamento di carattere.— Memoria dei fatti recenti perduta — Attacchi apoplettiformi — Tremori — Delirio di grandezza.

Morte.

AUTOPSIA — Degenerazione dei cordoni posteriori — Sclerosi sistematica dei fasci piramidali incrociati — Nei lobi frontali e rolandici infiammazione cronica interstiziale.

OSSERVAZIONE XXIII.

Nageotte (*Thèse de Paris 1893*).

G. . Cap. . . a. 35 — Eredità nervosa — **Collerico** — **Eccessi di lavoro** — Sifilide — Crisi gastriche e **rettali** — **Diplopia** — **Ptosi** — Apatico — Logorrea — **Idee di grandezza e ambizione** — Disartrie — Euforia — **Rotulei aboliti** — Robertson — Tremori — Scrittura **caratteristica di paralisi progressiva.**

È perduto di vista.

OSSERVAZIONE XXIV.

Nageotte — (*Op. cit.*).

N. N. — Eredità grave psicopatica e tubercolare — **Capriccioso**—Dolori folgoranti—Disastro finanziario— **Incerta la deambulazione** — Critica debole — Disartrie — **Gravi lesioni di memoria**— Tremori—Rotulei aboliti — **Robertson** — **Anisocoria** — Scrittura caratteristica di **paralisi progressiva.** — **Attacchi congestivi ripetuti.**

È perduto di vista.

OSSERVAZIONE XXV.

Nageotte — (*Op. cit.*).

N. N.— **Eredità** nervosa e discrasica — **Sifilide** — **Libertino** — **Alcoolista** — Diplopia — Debolezza alle **gambe** — **Perdita di memoria** — Rigidità pupillare — **Disartrie** — **Sfacelo dell' intelligenza** — Memoria gravemente **lesa** — **Agitazione maniaca** — Delirio megalomaniaco.

Morte.

AUTOPSIA — Mielite granulosa sistematica **dei cordoni posteriori** — Periencefalite diffusa.

OSSERVAZIONE XXVI

Chabbert — (*Neurol. Centralblatt 1895 pag.* 26)

Donna di 43 anni —Labe gentilizia — Lue — Capogiri — Vista indebolita — Crisi gastriche e rettali — Dolori folgoranti — Anisocoria — Rotuleo sinistro vivace — Idee di grandezza — Balbuzie — Tremori — Indebolimento di intelligenza — Amaurosi.

Morte.

AUTOPSIA — Non permessa.

OSSERVAZIONI PERSONALI

OSSERVAZIONE A.

S..... Michele, coniugato, colonnello in ritiro, di anni 56.

ANAMNESI — Poche notizie anamnestiche. Vita assai dissoluta e agitata. Molte fatiche durante le campagne dell'indipendenza italiana e polacca. Sembra avesse contratta sifilide. Alcuni anni prima di entrare nel Manicomio (1890) presentava solo disturbi atassici nella deambulazione.

ESAME OBBIETTIVO — Lancia le gambe a destra e a sinistra. Nella degenza al Manicomio furono notate dislogie, idee megalomaniache, anisocoria, scrittura atassica. All'ultimo decubiti, attacchi epilettiformi.

Muore il 9 giugno 1891.

AUTOPSIA — Dura madre aderente alla superficie convessa del cranio, leggermente ispessita. Aracnoide alquanto offuscata, spazio sottoaracnoidale ripieno di liquido, limpido e trasparente. La pia madre in corrispondenza del lobo frontale e parietale aderente, in qualche punto anzi non si lascia asportare senza portare seco un sottile straterello di sostanza cerebrale. Praticato un taglio attraverso il centro semiovale, si vede la sostanza grigia assai pallida e dif-

ficilmente distinguibile dalla sostanza bianca. Quest' ultima notevolmente edematosa, povera di sangue e in corrispondenza della parte inferiore delle circonvoluzioni paracentrali, presenta un colorito giallastro. I ventricoli laterali e il terzo ventricolo sono notevolmente dilatati, ripieni di un' abbondante quantità di liquido cerebrospinale. La superficie ependimale liscia, eccetto in corrispondenza del pavimento del IV ventricolo, dove si vedono finissime, ma rare granulazioni. Il tronco cerebrale edematoso è un po' rammollito. Arterie della base atrofiche.

Nella midolla spinale degenerazione grigia dei funicoli, gracile e cuneato, in quasi tutta la porzione dorsocervicale: nella porzione prossimale del segmento cervicale sono degenerati soltanto i funicoli gracili.

Si è riscontrato ateromasia dell'aorta, delle coronarie. Polmoni edematosi. Cistite purulenta.

Diagnosi anatomica — Degenerazione ascendente dei funicoli gracile e cuneato. Meningoperienccfalite cronica. Idrocefalo interno. Edema del cervello. Aortite cronica deformante. Cistite purulenta. Edema con ipostasi di tutti e due i polmoni.

Osservazione B.

C.. Alfonso fu Federico di a. 39, ispettore di pubblica sicurezza, entra nel Manicomio il 28 febbraio 1894.

Anamnesi — Di lui si sa solo che a 22 anni ebbe un'ulcera sifilitica e che da molti anni aveva sintomi caratteristici di tabe dorsale. Da qualche tempo idee deliranti di grandezza.

Esame obbiettivo — Condizioni generali buone. Nel chiudere gli occhi tremori evidenti alle palpebre. Nel campo del VII inferiore si osserva, nello stato di contrazione, ipotonia dei muscoli di destra, e meno accentuata la plica nasolabiale di questo lato; i muscoli si stancano presto. Talora leggiere oscillazioni d'ambo i lati. Lievi tremori della lingua, che viene tenuta fuori con difficoltà. Disturbi della

fonazione. Voce rauca (*cornage*). Leggieri tremori nelle mani estese. Forza muscolare conservata. Movimenti grossolani degli arti superiori conservati, che si compiono con singolare vivacità, a scatti, dimodochè per lo più l'infermo va oltre lo scopo. Se gli si ordina di toccare con un calcagno il ginocchio del lato opposto, alza molto la gamba, e poi piega il ginocchio con violenza, e va a colpire più in qua o più in là del punto prefisso, che per lo più non riesce a raggiungere affatto, ovvero è necessaria una serie di oscillazioni. Tonicità muscolare diminuita; gravemente alterato il senso muscolare (l'infermo per lo più non riconosce affatto gli atteggiamenti impressi agli arti stessi in modo passivo). Nessun disturbo trofico. Quando l'infermo prova ad alzarsi in piedi, è colpito da una gravissima oscillazione di tutta la persona che lo farebbe cadere se non venisse sorretto. Le gambe sono lanciate in qua e in là disordinatamente. Disartrie bene appariscenti, consistenti in esitazioni iniziali, disuguale distanza fra le varie sillabe, elisioni di lettere ecc. ecc. La scrittura dell'infermo è abbastanza buona: ha qualche lieve tremore.

Gli arti inferiori presentano ipoestesia notevole, che ha il suo massimo nel piede e nella gamba, mentre va facendosi minore nella coscia, e colpisce gli arti stessi in modo diffuso, prevalendo sempre a sinistra. Ritardo nelle sensasioni tattili e dolorifiche. In taluni punti vera iperestesia termica, così per il caldo come per il freddo. Nel tronco e negli arti superiori si nota ipoestesia, specie dolorifica. Stimoli tattili abbastanza conservati. La sensibilità termica conservata. Fenomeno di Robertson. Conservato il riflesso faringeo. Aboliti i riflessi profondi degli arti superiori; leggermente conservati i cutanei addominali ed i cremasterici. Aboliti i rotulei ed i plantari.

Visus O.D. = 5|6; O.S. = 1. Percezione dei colori conservata. Olfatto normale. Gusto conservato così alla punta come alla base della lingua. Avverte bene i varii sapori. Udito normale. Non vi sono disturbi di vescica, nè del retto. Artropatia del piede sinistro (enorme esostosi del malleolo esterno).

Le reazioni agli stimoli dei sensi specifici sono abbastanza pronte. La percezione ha luogo regolarmente, e per lo più l'infermo comprende bene le domande e risponde con coerenza. Non vi sono allucinazioni. Nel contenuto delle idee si rileva uno spiccato delirio di grandezza. L'infermo deve andare prima dal Papa e poi dal Re, perchè ha fatto la conciliazione. « Egli ha risolta la questione sociale, che sembrava una utopia ed ora è un fatto compiuto. E poichè tutti i benefattori dell'umanità sono stati perseguitati, così lo è egli pure ». L'infermo si paragona *a Gesù*, *a Girolamo Savanarola*, ecc. ecc. Passando in altro ordine di idee afferma che egli è *conte di Baviera*, *marchese di Francia*, ecc. ecc. L'infermo presenta pure disturbi della memoria, sopratutto dei fatti recenti, ed illusioni della memoria; crede di conoscere il Relatore per averlo visto a Terracina, ecc. ecc. Ha coscienza confusa del luogo ove si trova. Manca quella del proprio stato morboso: gravemente alterata quella della persona conforme al delirio di grandezza. Si firma così: « *Alfonso cav. C., Conte de Merandony, di Monaco di Baviera, Principe di Boniou et Marchese di Diuras* ». Nella sfera dei sentimenti si osserva l'elevato sentimento di sè stesso, la facile emotività, i cambiamenti rapidi dell'umore: ora piange, ora ride; e si compiace delle proprie idee deliranti. Si mostra irritabilissimo contro il fratello che lo ha fatto rinchiudere nel Manicomio. Affezionatissimo coi proprii figli, piange a parlarne. Vuol far fucilare tutti i suoi nemici. Nella volontà si nota grande facilità nel mostrare desiderii, ma in genere poco vi insiste. Domanda sopratutto di uscire.

Muore il 26 maggio 1895.

AUTOPSIA — Cranio e dura normali. La pia intorbidata, edematosa, si distacca difficilmente dai giri cerebrali, lasciando dopo asportata, specialmente a sinistra, decorticazioni sui giri del lobo frontale. I giri cerebrali sono diminuiti di volume. Praticando un taglio orizzontale attraverso gli emisferi cerebrali, si trova la sostanza grigia di un colorito fosco: ripiene di sangue le aperture vasali della sostanza bianca del mantello, dal quale fuoriesce una copiosa quan-

tità di sangue rutilante. Il corpo calloso ed il fornice sono estremamente rammolliti. La sostanza del tronco è anche essa molle. I ventricoli cerebrali notevolmente dilatati, liscio l'ependima.

I cordoni posteriori a livello dell'estremità prossimale del segmento cervicale, presentano un colorito grigio squisito.

Il resto dell'autopsia non fu permesso.

DIAGNOSI ANATOMICA — Meningoperiencefalite cronica. Idrocefalo interno. Degenerazione grigia delle colonne posteriori.

OSSERVAZIONE C.

A. Bartolomeo di a. 52 entra il 20 giugno 1895. É possidente e celibe.

ANAMNESI — Non esiste eredità, abusa di alcoolici. É stato frate laico. La malattia si inizió da pochissimo tempo, all'improvviso. Tende a distruggere oggetti, inveisce contro tutti, ha tentato il suicidio. Qualche anno prima dell'internamento al Manicomio fu fatta diagnosi di tabe. Soffrì di malattie veneree: nega sifilide, ha fatto peró cura mercuriale.

ESAME OBBIETTIVO — Numerose note degenerative nel cranio e nella faccia. Pannicolo adiposo abbondante. Arteriosclerosi. Ernia inguinale destra. Deficienza della convergenza dei bulbi in grado leggiero: retto esterno deficiente, specie a sinistra. Facciale inferiore sinistro deficiente. Cammina cercando un appoggio colle mani: lancia le gambe all'infuori; oscilla sul tronco ed è costretto a sedersi dopo poco. Non si sorregge su una gamba sola. Tanto ad occhi chiusi, quanto ad occhi aperti, fenomeno di Romberg. Incoordinazione nei movimenti degli arti inferiori; minore nei superiori. Perdita delle feci; minzione volontaria impossibile. Ulcera perforante della pianta del piede sinistro. Lievi tremori nei muscoli che circondano l'apertura boccale e nelle mani poste in posizione di chi giura. Anisocoria (s > d). Mancano i rotulei.

Per l'esame della sensibilità l'infermo non si presta; si nota solo diminuzione della sensibilità dolorifica nelle gambe.

Non risponde alle domande: si lamenta continuamente sottovoce. Alle interrogazioni se fosse molto ricco risponde: *sì, sì, di merda*. Interrogato se i suoi intestini fossero fracidi, dice che esso si è ammalato da quando è entrato nel Manicomio. Umore depresso; talora periodi di ansia. Si oppone a tutto ciò che richiede il suo stato: non vuol farsi siringare: vive in disparte: si nutrisce bene. Perde spesso le feci; dorme poco.

Muore il 9 agosto 1895 di cistite icorosa.

Autopsia — Ossa della calotta assottigliate. Diploe scomparsa. Midollo diminuito di volume, specie nel segmento lombare. Praticati tagli trasversi seriali, si osserva che i fasci di Goll e di Burdach hanno colorito grigio roseo. Vuoti i seni della dura madre. Dura madre di aspetto e di spessore normale. Arterie della base del cervello con placche ateromasiche, specie sulla basilare e silviana. Aracnoide ispessita a sinistra. Pia edematosa pallida che si distacca facilmente dai giri cerebrali in corrispondenza delle zone motrici. Pia con ispessimenti lattescenti lungo il decorso dei vasi principali. Mediocre edema sottoaracnoideo. Superficie del mantello con scarse o limitatissime decorticazioni. In alcuni punti della corteccia piccoli avvallamenti; l'aracnoide passa a guisa di ponte, il cavo chiuso così formato è ripieno di liquido sieroso. Il colorito della corteccia è grigio più del normale.

In un taglio orizzontale degli emisferi si trova la sostanza cerebrale piuttosto asciutta. Leggera riduzione di spessore della sostanza grigia, che in taglio trasverso si presenta di colorito tendente al violaceo. Sostanza bianca riccamente punteggiata. Mediocre dilatazione dei ventricoli laterali e medio: nella loro superficie interna nessuna granulazione. Sottili granulazioni nella metà posteriore della *fovea rhomboidalis*. A carico dei gangli della base e delle altre parti del cervello solo uno stadio accentuato di iperemia.

Nervi ottici e chiasma diminuiti di volume, grigi. Il III paio di sinistra grigio e assottigliato.

Diagnosi anatomica — Degenerazione dei cordoni di Goll e di Burdach. Encefalite cronica diffusa. Cistite icorosa.

Osservazione D.

B. Nazzareno, di anni 42, coniugato, entrò il primo luglio 1895. Morì il 10 dicembre per marasma.

Anamnesi — Il padre bevitore morì violentemente. È bevitore e sifilitico. Di carattere tranquillo, di buoni sentimenti. A 28 anni fu condannato al carcere. Sifilide. a 38 anni; non si curò che dopo 7 od 8 anni. A 39 anni ictus notturno: al mattino si trovò chiusa la palpebra destra, e paretici gli arti di destra. Bulbo oculare destro immobile. A 40 anni ictus negli arti di sinistra; poi fortissimi dolori alla pianta del piede che salivano fino alla coscia. Ai 16 di marzo 1895 fu insultato dal nipote: adirandosi, ebbe ictus con susseguente paresi a destra e disturbi nel linguaggio, seguiti da cambiamento di carattere. Minaccia la moglie; ha idee di grandezza alternantisi con idee di persecuzione. A 22 anni gli cadde un grosso tronco d'albero sul corpo. A 36 anni gli cadde sul capo un albero, ragione per cui si trovò col capo affondato nel terreno. Ha avuto disturbi di minzione (gocciolamento continuo). Molti anni fa per vendicare un fratello, accoltellò alla nuca un suo compagno.

Esame obbiettivo — Gravi note degenerative alla faccia e al cranio. E' pallido e anemico. Cuore ingrandito. Vizio mitralico. Palpebra destra abbassata. Solco nasolabiale sinistro più accentuato del destro. Bulbo oculare destro ruotato all'esterno. I movimenti di elevazione nel territorio del VII superiore si compiono bene, spesso però non sono sinergici. Deficiente il facciale inferiore destro. Il bulbo destro nella visione mono e bioculare esegue i soli movimenti di rotazione all'esterno. Ugola deviata a destra, arcata del velo pendolo un poco abbassata. Il movimento di rotazione all'indietro e di elevazione degli arti non si effettua completamente a destra. Deambulazione difficile ed incerta, a occhi

bassi. Stazione su una gamba sola difficile. Romberg. Forza muscolore considerevolmente diminuita negli arti inferiori.

Anisocoria (d > s). Rigida la pupilla sinistra, che è irregolare. Rotulei aboliti. Riflessi cremasterici ed addominali deboli. Tremori fibrillari nella lingua protrusa, e talora nelle mani. Sensibilità dolorifica diminuita negli arti inferiori e al dorso delle mani. Dolore subbiettivo alla regione cardiaca. Compressione delle vertebre lombari dolorosa. Olfatto piú conservato a destra. Gusto più intenso a destra sulla base della lingua. Udito diminuito da ambo i lati. Gradazioni dei colori percepite meglio a sinistra. Visus diminuito all'occhio destro.

Memoria buona. Nozioni di tempo e di luogo buone. Secondo lui sarebbe stato inviato al Manicomio per curarsi della febbre. Dichiara di *essere perseguitato per invidia di mestiere da individui che, ai 27 di maggio 1892, gli menarono con pugni e colle chiavi in testa.* Mancano i sentimenti religiosi. Emotivo. Da un anno aboliti gli stimoli sessuali. A letto, quando il lume è acceso, vede molte persone che scompaiono quando si mette a sedere sul letto. Riconosce essere disturbi di mente malata. Disartrie.

Autopsia — Ossa della calotta aumentate di spessore. Dura ispessita; così la pia madre. Oculomotore destro assottigliato e grigio: il sinistro un po' assottigliato, ma bianco. Pia opacata, edematosa, ispessita, si distacca difficilmente dai giri, lasciando vaste decorticazioni. In una sezione orizzontale degli emisferi, la sostanza grigia appare diminuita e di colore scuro. Ventricoli laterali dilatati, ripieni di liquido limpido. Numerose cisti nei plessi coroidei laterali. La tela coroidea si distacca difficilmente dalla superficie del talamo e la lascia un po' ulcerata. La superficie della fossa romboidale è ricoperta di numerose e fine granulazioni.

Peso dell'encefalo gr. 1160.

Diagnosi anatomica — Aortite cronica deformante. Stasi cronica aracnoidea. Atrofia dei giri cerebrali. Idrocefalo interno. Ependimite granulosa della fossa. Polmonite destra.

(continua)

Istituto di Psichiatria e Medicina Legale
Diretto dal Prof. **Sadun**.

PASSAGGIO DELLA CORRENTE GALVANICA
ATTRAVERSO LA CORTECCIA CEREBRALE

PEL

DOTT. URBANO ALESSI

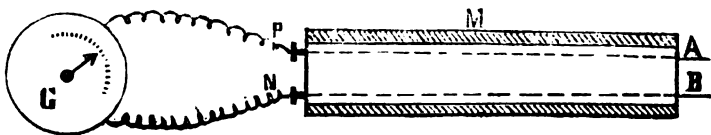
Aiuto

Accade spesso all' elettroterapista di dovere applicare la corrente galvanica alla testa coll' intendimento di agire favorevolmente sul cervello e specialmente sul suo sistema circolatorio, però fino ad ora non è stato dimostrato se questa corrente attraversi la sostanza nervosa, o non piuttosto chiuda il suo circuito attraverso le parti molli e le ossa. Abbiamo a questo proposito soltanto un' affermazione del Dott. Leduc (1), il quale dopo avere esperimentato sopra sè stesso e sopra ammalati, conclude che la corrente galvanica deve attraversare il cervello. Però quest' osservazione dirò così clinica, è fondata sopra fatti subiettivi, non ci dà nessuna certezza del fatto, per raggiungere la quale è necessario l' esperimento.

Per far ciò scelsi come animali di esperimento i co-

(1) *S. Leduc* — La galvanizzazione cerebrale. Archiv: d' electricité médicale experiment: et clinique. N. 77: 1899.

nigli perchè, per la loro relativa tolleranza al dolore, sono preferibili ad altri animali.

Il passaggio o no della corrente lo verificai con un apparecchio ideato per l' occasione e che somiglia i comuni eccitatori. Quest' apparecchio fu ordinato gentilmente dal Prof: Sadun alla Casa Zambelli e C: e in breve lo descrivo:

M. è un cilindro vuoto di ebanite che serve da manico. A e B sono due fili sottilissimi di platino, che si continuano nell' interno del cilindro M e terminano ai due serrafili N e P per mezzo dei quali possono unirsi ad un galvanometro C (1).

Dopo avere legato l'animale in maniera che la testa non potesse muoversi, lo radevo nelle regioni temporo-parietali dove poi applicavo due reofori uguali, e del diametro di un centimetro e mezzo. Poi da un lato della sutura sagittale facevo una piccola trapanazione in maniera da non ledere la dura madre.

Così disposto l'animale, infiggevo nella corteccia cerebrale per circa un mill. i due fili di platino dell'apparecchio descritto, e lo mettevo in comunicazione col galvanometro. Contemporaneamente un assistente teneva i reofori applicati lateralmente alla testa dell' animale. Guardando il galvanometro vidi che anche per correnti debolissime si aveva deviazione dell' ago, e se

(1) Nell'Istituto vi é un galvanometro di che é sensibilissimo.

s'invertiva la corrente anche l'ago la segnalava rapidamente. Quest'esperienza semplicissima la ripetei in due animali e sempre ebbi risultati costanti, qualunque fosse l'intensità della corrente, e la profondità alla quale spingeva i fili di platino.

Non occorre dire che mi guardava bene dal toccare con questi fili il bordo osseo della trapanazione, poichè ciò avrebbe potuto sollevare dei dubbi.

Credo così che si possa affermare con sicurezza che la corrente galvanica attraversa la corteccia cerebrale, e che per conseguenza ha azione diretta sopra quella, modificandola così nelle sue funzioni.

UN CASO DI MENINGOCELE

CURATO CON L'ELETTRICITÀ

PEL

DOTT. SAITTA SALVATORE

A. C. da T. presenta sulla linea mediana della regione lombo-sacrale una bozza con picciuolo, della grandezza di un manderino e ricoperta dalla cute.

A trasparenza nulla si scorge di notevole nel liquido; nelle pareti sonvi numerosi capillari con vasi sanguigni di un certo volume.

Secondo le diverse posizioni che si fanno prendere al bambino varia il volume della bozza; però mettendolo bocconi una certa pressione la riduce.

Scorrendo le dita sulle apofisi spinose nella detta regione ove trovasi la bozza viene a mancare la resistenza ossea, mostrandosi scontinuati gli archi vertebrali.

La diagnosi di meningocele era chiara, ed ho proposto la cura elettrolitica, ricordandomi dei felici risultati ottenuti nell'ambulatorio del prof. Sgobbo di Napoli nella cura degli aneurismi.

Questa cura però fu accettata con molto timore e con poca fiducia.

Io stesso par altro non poteva dare come sicuro il risultato, ricordando la diversa composizione del sangue e del liquido cefalo-rachidiano, però non indietreggiai, e volli fare prima il seguente esperimento.

Riempii completamente, scacciandovi ogni traccia di aria, una vescica animale con liquido cefalo-rachidiano raccolto dalla teca vertebrale di animali macellati, vi

applicai sopra due larghi elettrodi, in rapporto con un apparecchio galvanico.

Ai due poli si ottenne:

1.° con corrente di 20 mA e per 3/4 d' ora impercettibili oscillazioni del liquido, piccolissime bollicine di gas, non distinguibili da quale polo provenissero, e maggiore opacità del liquido verso il polo positivo;

2.° con corrente di 25-30 mA, per 10 ore quegli stessi risultati precedenti.

Aperta la vescica, lungo l'equatore si osservò al polo negativo, in tutta l'area occupata dall'elettrode, una minore spessezza e maggiore trasparenza; in tutto il resto maggiore spessezza ed opacità marcata verso il polo positivo.

Incoraggiato da questo risultato sperimentale incominciai la cura elettrica al bambino.

In tutto si fecero 50 sedute ed in giorni alterni. L'elettrode positivo, bagnato in soluzione di bicarbonato di soda e largo, era applicato sulla bozza, il polo negativo, bagnato in soluzione di acido tannico, era tenuto o sulla coscia o sullo sterno. L'intensità della corrente nei primi giorni oscillò fra 8-10 mA., nei giorni successivi si portò fino a 25 mA per la durata di 18 minuti primi.

Il bambino era alquanto inquieto, ma si riusciva a diminuire la sensazione molesta, facendo passare gradatamente la corrente mercè un reostato.

Durante le applicazioni la superficie della bozza si arrossiva, il volume, a principio, ora si riduceva ed ora tornava al normale.

Il risultato curativo fu il seguente: minore trasparenza del liquido fino a non lasciare più passare i raggi luminosi, durezza delle pareti della bozza fino a dare alla palpazione la sensazione di pelle conciata, ridu-

zione permanente del tumore, che dalla grandezza di un manderino divenne quanto una grossa noce.

Ed ora poche considerazioni:

I diversi metodi di cura della spina bifida hanno dato fin'oggi dei risultati poco fortunati, ed in non pochi casi la morte.

Basta dare solamente uno sguardo alla seguente tabella del W.ennitg per persuadersene:

Compressione —	Curati	4 —	Guariti	4 —	Morti	0
Puntura. . —	»	57 —	»	17 —	»	40
Iniezioni . —	»	55 —	»	42 —	»	13
Legatura . —	»	16 —	»	10 —	»	6
Incisione . —	»	5 —	»	2 —	»	3
Escissione . —	»	8 —	»	6 —	»	2
Amputazione —	«	5 —	»	4 —	»	1
Plastica. . —	»	3 —	»	1 —	»	2
	Totale	153		86		67

Non é forse da preferirsi a tutti questi mezzi l'elettricità?

L'applicazione di questa è innocua, senza pericoli, e fa sperare generalmente più o meno nella guarigione.

Non pretendo certamente con un sol caso affermare l'esito sempre felice della elettricità nella cura del meningocele; però prima di tentare qualsiasi altro mezzo è sempre buono servirsi della cura elettrica.

RIVISTE

Ias Middlemas — ON THE TREATMENT OF INSANITY BY THYROID. (Sul trattamento tiroideo della pazzia). — *The Iournal of Mental Science, Ianuary 1899, N. 188.*

La glandola tiroide contiene una o più sostanze (joditirina), le quali possono esercitare sull'organismo una valida influenza. In molti casi ciò si rende evidente per un innalzamento di temperatura, che può raggiungere varii gradi; alle volte però tale elevazione di temperatura è molto lieve o non si verifica punto. Nello stato attuale delle nostre conoscenze non è possibile predire in quali casi si effettua tale innalzamento di temperatura ed in quali manca.

La frequenza ed i caratteri del polso vengono modificati dall'azione della tiroide. Il numero delle pulsazioni aumenta, la pressione arteriosa prima aumenta poi diminuisce. I cangiamenti del polso si verificano costantemente, non così l'innalzamento della temperatura; per cui durante la somministrazione della tiroide bisogna prendere come guida le modificazioni del polso.

Siccome la tiroide ha un'azione cumulativa non essendo escreata rapidamente dall'organismo non bisogna spingersi troppo oltre con le dosi. D'ordinario si ottengono benefici effetti somministrandone 4 gram. al giorno (in tre volte) per sei giorni di seguito, ma dosi minori sono pure sufficienti, come del pari in alcuni casi sei gram. al giorno furono tollerati benissimo. Alle volte delle piccole dosi di tiroide somministrate per un periodo di tempo alquanto protratto sembra che diano luogo ad una sufficiente reazione.

Prima di incominciare il trattamento tiroideo è assolutamente necessario eseguire un esame molto accurato dei pulmoni e del cuore. In quei casi in cui la tisi è in atto o é latente, la tiroide aumenta sempre l'attività del processo morboso. I morbi cardiaci controindicano l'uso della tiroide, esercitando questa una potente azione sulla meccanica del cuore. Per tale ragione, durante la somministrazione di larghe dosi di detta glandola l'infermo deve

tenersi a letto, e restarvi anche per alcuni giorni dopo di aver cessata la cura.

La tiroide produce disturbi digestivi, che d'ordinario possono evitarsi somministrandola nel brodo e sottoponendo l'infermo ad una dieta leggiera. Dopo cessato il trattamento tiroideo, si daranno con buon risultato i tonici ed una dieta corroborante.

In molti casi la tiroide mostra una distinta azione sullo stato mentale; alle volte stimola la corteccia cerebrale. In alcuni casi si nota una tendenza a riprodursi i primi sintomi del disturbo mentale; se per esempio all'insorgere della psicopatia vi erano degli impulsi al suicidio, questi si ripresentano durante la somministrazione della tiroide. Questo fatto dimostra chiaramente la necessità di porre attenzione ai disturbi mentali durante la cura. È anche da notarsi che in parecchi casi lo stato emotivo subisce una completa trasformazione. Se ciò sia dovuto all'azione stimolante della tiroide sulla corteccia cerebrale non può dirsi come del pari non può stabilirsi da quali condizioni fisiche dipendono i diversi stati emotivi. L'A. adoperò il trattamento tiroideo in 39 psicopatici (quasi tutti affetti da lipemania, pochissimi da mania), di questi 8 erano uomini, 31 donne; dei primi 8 ottenne una guarigione, 2 lievi miglioramenti; delle 31 donne, 5 guarirono, 16 migliorarono notevolmente, 9 migliorarono alquanto.

E' ancora oscuro il voler dare una spiegazione sul modo di agire della tiroide nel determinare la guarigione delle psicopatie. E' certo però che i suoi benefici effetti sono del tutto indipendenti dalla reazione fisica che esso produce. Per ora é del tutto impossibile il determinare con anticipo i risultati mentali del trattamento tiroideo; come del pari non può dirsi in quali forme psicopatiche esso avrà un buon risultato.

In riguardo all'età degl'infermi, quelli che guarirono del tutto erano fra i 24 ed i 35 anni, epoca in cui più facilmente avviene la guarigione delle psicopatie, sottoposte ad altri trattamenti curativi. Però l'età di coloro che presentarono un notevole miglioramento variava fra limiti molto estesi, quindi non può dirsi che l'età del paziente abbia una grande influenza sul risultato della cura tiroidea.

Sembra che il sesso femminile sia più suscettibile del maschile a migliorare in seguito all'uso della tiroide; ma non ancora se ne conosce la ragione.

In quei casi in cui la prognosi è infausta, la somministrazione della tiroide produce spesso un certo miglioramento, in modo da scemare di molto il grado della demenza. Per questo l'A. ritiene

che il trattamento tiroideo possa adoperarsi anche come un mezzo prognostico, giacchè in quei in cui non darà alcun risultato potrà ritenersi che la guarigione della psicopatia sarà impossibile.

Galdi.

Béchet — Conditions biologiques des familles des épileptiques — *Archives de Neurologie, Mars, 1899.*

Seguendo il sistema di Ball e Régis il Béchet con gran cura ha studiato, dal punto di vista della longevità, della nascita, della vitalità e della mortalità, le condizioni biologiche di quaranta famiglie d'epilettici.

È un bello studio che mentre da una parte mette in evidenza le buone qualità scientifiche dell'A., dall'altra mette alla luce dei fatti importanti, che riflettono la numerosa famiglia degli epilettici.

Da questo lavoro risulta che:

a) La durata della vita o longevità è sensibilmente inferiore presso gli ascendenti degli epilettici, che non nelle famiglie normali. La media per le famiglie normali è di 57 anni, per quella degli epilettici e di 50 anni.

b) La media delle nascite è più elevata nelle famiglie di epilettici che in quelle normali. Gli epilettici appartengono generalmente a numerose famiglie. Ma per contrasto gli epilettici se sono suscettibili di generare, proprio come gli individui sani, questa forza riproduttiva cade ad un livello sensibilmente inferiore a quello della media delle famiglie normali. Gli epilettici tendono alla sterilità.

c) La vitalità, o forza della vita, è assai inferiore nelle famiglie degli epilettici che non in quelle normali. L'epoca della vita ove la vitalità è meno forte é la tarda età nelle famiglie di epilettici, come in quelle di individui sani; ma questo difetto di vitalità nella tarda etá s'appalesa in una notevole maniera negli epilettici.

d) La mortalità, ossia la frequenza delle diverse malattie, nelle famiglie d'epilettici presenta dei caratteri speciali. Le malattie polmonari, la tubercolosi in particolare, sono frequentissime presso gli ascendenti degli epilettici. Le affezioni cerebrali, la meningite in particolare, s'incontrano spesso presso i loro discendenti.

Le nevrosi e la follia sono notevolmente rare nelle famiglie degli epilettici. Questi risultati confermerebbero l'opinione ben conosciuta di Lasègue, che l'epilessia, cioè, non è ereditaria.

L. De Cesare.

Marandon de Montyel — Du sens tactile étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale. (Il senso tattile studiato negli stessi malati nei tre periodi della paralisi generale). *Archives de Neurologie, Mars 1899.*

Marandon de Montyel in questo lavoro ci porge in forma chiara nuovi dati per l'interpetrazione dei varii fenomeni fisio-patologici della paralisi progressiva. Col solito zelo e con minuziosa ricerca l'A. ha studiato il senso tattile in numerosi paralitici nei diversi stadii della malattia.

Egli ha messo così in evidenza l'utilità, che da simili indagini si può ricavare sia per la diagnosi che per la prognosi della paralisi progressiva.

E siccome i disturbi di senso tattile non apportano grande aiuto alla diagnosi della malattia l'A. insiste col richiamare l'attenzione sopra una sola alterazione, quella segnalata dal Dott. De Crozant, la quale può essere veramente utile e permette di poter riconoscere la malattia prima dell'apparizione dei disturbi motori.

Di questo importante lavoro ne riassumiamo le principali conclusioni.

1.° La constatazione relativa al senso del tatto è riuscita positiva nel 70 0[0, ossia: 3 0[0 al primo periodo, 15 0[0 al secondo periodo, 50 0[0 al terzo.

2.° Il tatto è stato trovato alterato nella proporzione del 12 0[0 al massimo.

3.° Le alterazioni riscontrate sono state delle alterazioni semplici: esagerazione, indebolimento, ritardo, sempre in quei malati esenti da altre complicazioni; giammai è stata constatata alcuna specie di parastesia.

4.° Simili alterazioni sonosi trovate generalizzate e non mai localizzate.

5.° Delle alterazioni constatate la più rara è stata l'esagerazio-

ne (1,5 0[0) e la più frequente l'indebolimento (6 0[0): tra queste due si trova l'abolizione (2,2 0[0) ed il ritardo (1,8 0[0).

6.° Si è verificata la progressione crescente dello stato anormale del tatto con i progressi della malattia: rare al primo periodo, una volta meno rare al secondo, in più della metà sono state notate le alterazioni del tatto nella fase ultima.

7.° Tra le anomalie del senso tattile l'esagerazione ed il ritardo da una parte, l'abolizione dall'altra, si riscontrano in senso inverso nei periodi della paralisi generale. Le due prime con il massimo di frequenza nel primo periodo, divengono sempre più rare con i progressi della malattia per scomparire completamente al terzo periodo: l'altra al contrario, assente nella fase iniziale, aumenta di frequenza a misura che l'affezione paralitica s'avanza per arrivare al suo massimo nel periodo terminale.

Quanto agl' indebolimenti il loro cammino é più capriccioso e parrebbe sfuggire a regole fisse.

8.° Il senso tattile è stato trovato alterato in modo generale più spesso nelle fasi di agitazione che in quelle di calma.

9.° Nelle forme puramente depressive con idee deliranti esclusivamente ipocondriache il senso tattile è stato trovato sempre normale. A tali forme deliranti quando s'associano altre forme espansive, se il malato è calmo, il tatto resta normale e non si altera che in seguito a crisi di agitazione.

10.° Durante i periodi di calma non si è notata giammai esagerazione, nè abolizione: questi due disturbi invece sono stati notati durante le crisi d'agitazione.

11.° E' nella forma espansiva che i disturbi del tatto sono i più frequenti: in seguito nella forma mista ed in ultimo nella forma di demenza.

12.° Nella maggior parte dei casi il tatto è stato trovato normale con le alterazioni sia espansive, sia depressive della personalità fisica ed anche con le sensazioni soggettive avvertite sulla pelle dagli ammalati.

13.° Non è stato possibile constatare una relazione tra gli stati del tatto e l'abitudine, che hanno diversi paralitici di liberarsi dei loro vestimenti, come se questi li molestassero.

14.° Le alterazioni del tatto sono più frequenti presso gli alcoolisti paralitici che presso i paralitici sifilitici.

15.° Havvi una sola alterazione del tatto che sarebbe di un grande soccorso per la diagnosi precoce della paralisi generale é

l'anestesia transitoria precedente i disturbi motori, che segnala il Dott. De Croyant: però questo fatto interessante non può essere ricercato che fuori degli Asili.

L. De Cesare.

Irwin H. Neff. — FACTORS IN THE PROGNOSIS AND DURATION OF ACUTE INSANITIES. (I fattori nella prognosi e nella durata delle psicopatie acute). — *The American Iournal of Insanity. Vol. LV, N. 3. Ianuary 1899.*

La lipemania acuta è più frequente ad osservarsi della mania, trovandosi nella proporzione di 2 ad 1. Difatti fra i casi di psicosi acute ammesse nell'Eastern Michigan Asylum fino al Novembre 1897, si notarono 327 casi di mania ed 800 di melanconia.

Nella mania acuta la media delle guarigioni è più elevata che nella lipemania. Sui 327 casi di mania ne guarirono 190, (58,7 0[0]), degli 800 di lipemania 282 (35,2 0[0]). Molti casi di melanconia però dimessi dall'asilo perchè migliorati guarirono del tutto con l'andar del tempo; 250 casi sopra 800 (31,2 0[0]) presentarono un miglioramento e di questi guarirono circa la metà.

L'eredità è un fattore importante nelle psicosi acute; la sua presenza non impedisce la guarigione, nè produce sempre delle ricadute. I casi di mania mostrano una più alta percentuale di eredità. Su 327 casi di mania 154 presentarono eredità psicopatica, 24 eredità psico-nevropatica; su 800 di lipemania 310 eredità psicopatica, 64 eredità psico e nevropatica.

La lipemania, relativamente alla mania, mostra una durata più lunga di quel periodo di tempo che precede l'ammissione nell'asilo; ciò può determinare la più larga percentuale di guarigioni nella mania. Nel sesso maschile sono più numerosi i casi di melanconia, mentre che la mania predomina in quello femminile. I 327 casi di mania erano costituiti da 153 u. e 174 d.; gli 800 di melanconia da 431 u. e 369 d.

Dopo sei mesi di cura si osserva un numero maggiore di guarigioni nella mania (81,5 0[0]) che nella lipemania (65,9 0[0]).

Ma è da notarsi che nella lipemania la guarigione può avvenire anche dopo molto tempo, ed alle volte quando la si ritiene del tutto impossibile a verificarsi; per cui l'alienista farà bene a formulare in questi casi una prognosi sempre riservata e non infausta.

Paragonando fra loro un egual numero di casi di mania e di lipemania, che presentavano una evidente labe ereditaria, si rileva che non vi sono notevoli differenze nei sintomi e nella durata della malattia e nella media delle guarigioni.

Galdi.

Roland Niles — HYDROTHERAPY IN THE TREATMENT OF MENTAL DISEASES —(L'Idroterapia nella cura delle malattie mentali). — *The American Iournal of Insanity. Vol. LV, N. 3, Ianuary 1899.*

L'A. espone da prima in modo chiaro e succinto l'azione fisiologica che l'acqua a temperatura diversa esercita sull' organismo. Passa poi a discorrere della sua azione terapeutica, intrattenendosi sul bagno turco, il quale ritiene essere un agente curativo di grande valore nel trattamento dei morbi mentali. Esso stimola in modo notevole le funzioni di secrezione ed assorbimento cutaneo; l'apertura dei pori permette l'assorbimento di una grande quantità di ossigeno, e la profusa perspirazione libera la circolazione dai prodotti del metabolismo. Per quest'azione eliminatrice i bagni turchi si rendono molto utili nelle pazzie tossiche; come pure nella epilessia, giusta la teoria dell'aumentata tossicità delle escrezioni precedente un accesso convulsivo. Essi debbono adoperarsi non appena si manifestano i sintomi prodromici. Sono utili anche negli alcoolisti, e nei casi di lipemania, quando la cute si presenta secca e calda. In alcune forme di eccitamento si osserva pure un certo miglioramento, ma essi sono controindicati allorchè l' agitazione é accompagnata da profonda depressione nervosa e vascolare. I dementi ed i lipemaniaci che hanno una temperatura al di sotto della normale e sintomi di paresi vasale traggono molto vantaggio dai bagni in parola; il tono vaso-motore si solleva, la temperatura diviene normale ed il polso si fa più forte. Notasi da prima una perdita di peso, che viene poi seguita da aumento dell'appetito e da ingrassamento. Il leggiero dolore di testa e quella sensazione di pesantezza che alle volte accompagnano il bagno turco possono in gran parte evitarsi facendo tenere i piedi nell'acqua calda ed applicando sulla testa la vescica di ghiaccio o un panno bagnato in acqua fredda. Bisogna avere molta cura di quei pazienti che hanno cuore debole o degenerazione vasale, allorché vengono sottoposti al bagno turco, giacchè questo

aumenta la forza delle contrazioni cardiache, e la tensione arteriosa.

Il bagno russo avendo una minore azione deprimente può adoperarsi in quei casi in cui i poteri di resistenza sono molto diminuiti. La tecnica dei bagni turchi varia secondo lo stato dei pazienti. D'ordinario si fa entrare l'infermo nella stanza da bagno ad una temperatura di circa 100° Far.; quivi resta per 10 a 20 minuti durante i quali si innalza la temperatura da 100° a 110° o 115° Far.

Versato di poi sul corpo dell'acqua tiepida si insaponerà ben bene, e rimosso con altra acqua il sapone si strofinerà vigorosamente con del sale finissimo tutta la supeficie cutanea. Indi la stanza viene di nuovo riempita di vapore finchè non incomincia la perspirazione, ed allora il paziente verrà immerso nell'acqua la di cui temperatura si abbasserà gradatamente a 60° 50° ed anche 40° Far. sinchè l'infermo sarà del tutto raffreddato. Quindi si eseguirà il massaggio o le strofinazioni o la faradizzazione generale.

Questo bagno regolarizza la circolazione sanguigna, calma il sistema nervoso, ammorbidisce la pelle e la libera perfettamente dai prodotti escretivi. Dalla esattezza con la quale si raffredda il corpo del paziente dipenderanno in gran parte i buoni effetti di questo bagno; difatti se il raffreddamento è imperfetto segue congestione del volto, un senso di pesantezza al capo e malessere. Tale bagno riesce di grande utilità in molti casi, ma sopratutto allorquando vi è una profonda depressione nervosa e vascolare.

L'A. da ultimo passa rapidamente a rassegna gli altri mezzi idroterapici. Le doccie, gli sprays, ecc. sono dei bagni tonici e stimolanti, ed a seconda della forza che ha lo getto possono avere un effetto contro-irritante od esercitare sui tessuti una specie di massaggio. Le doccie scozzese, alternando cioè la doccia calda alla fredda, sono stimolanti e riescono molto utili nella iperestesia spinale e nei disturbi della sensibilità cutanea. Il bagno caldo alla Sitz é vantaggioso negli stati infiammatori e dolorosi della pelvi, nella amenorrea e dismenorrea.

È inutile parlare dell'azione sedativa degl'impacchi caldi, perchè molto nota ai medici di manicomio. Le applicazioni fredde sul capo nei casi di eccitamento per congestione od infiammazione delle meningi, riescono molto benefiche, specialmente allorquando vengono costantemente eseguite per molte ore di seguito.

Galdi.

BIBLIOGRAFIE

L. Scarano (ufficiale medico) — LE NEVROSI RISPETTO ALL' ESERCITO E ALLA GIUSTIZIA MILITARE — *Napoli, Detken e Rocholl ed. 1899.*

L'A. in questo libro studia il grave e doloroso tema, che di tanto in tanto appassionò militari, scienziati, pubblicisti, uomini di cuore del nostro paese, allorchè scoppiarono quei drammi sanguinosi, iniziati nella strage e chiusi con uno spettacolo non meno feroce. Furono sconfitte per la Scienza: ma la idea, al dir di Mefistofele, è peggio d' ogni malattia infettiva, penetra e si propaga da uomo ad uomo. Ed è bene penetrata nell' intelletto dell' egregio A., il quale, evitando la facile via d' una semplice descrizione delle varie neurosi nei militari; si è proposto il compito difficile di snidarla, direi, in quegl' individui, in cui è celata, nei quali cova alla sordina e potrebbe esplodere all' occasione con gravi turbamenti della condotta.

Fin dalle prime pagine si vede nell'A. il proposito di trattare la questione nell' aspetto più pratico e convincente. Quindi egli si attiene rigorosamente ad un tal metodo, lasciando da parte superflue citazioni o troppe particolarità scientifiche, facili a ritrovarsi nei trattati speciali; e che, gravando la mente del lettore, la distrarrebbero dalla tesi fondamentale. L' A. delinea a tratti sommarii, plastici, direi, il concetto, non delle neurosi, bensì della neurosi in genere; e più dell' *individuo degenerato*. Dice bene, che individui con neurosi manifesta difficilmente sfuggirebbero alle accurate indagini dei medici militari, i quali, posti sull' avviso, arrestano l' attenzione su qualsiasi piccolo sintoma, rivelatore di epilessia, isterismo, od altro. Epperò insiste sul precetto che bisogna guardare più in là, ad un complesso di fatti, sottili e diversi; in una parola, bisogna

ricostruire la individualità intera, somatica e mentale del soggetto, per avvisarvi qualche grave predisposizione neurosica, generatrice di possibili tempeste nel campo psichico.

Nei primi capitoli parla dei segni somatici della degenerazione di constatazione obiettiva; indi dei caratteri psichici, e della correlazione fra degenerazione fisica e morale. Assai importanti sono il 7.° ed 8.° capitolo, in cui si dimostra tutto il valore, che a tale scopo ha lo studio della condotta del soggetto. Significativo molto è il fatto, che *i recidivi prima di venire sotto le armi erano ben 172 di fronte a 56 recidivi durante il servizio militare*. I predisposti a delinquere entrano quindi in milizia con una stigmate particolare. E ciò, aggiunto alle note somatiche diverse, agevola non poco il compito del medico, delegato ad accogliere od eliminare le reclute.

Studia in seguito l'A. l'andamento delle neurosi nell'esercito italiano, i provvedimenti medico-legali adottati in proposito; le disposizioni che regolano il reclutamento nel nostro esercito rispetto alle neurosi; ed infine compara i dati esposti con le disposizioni vigenti in eserciti stranieri od in altri passati. Da tale indagine si veggono le tappe della questione, il cammino delle idee scientifiche ed il loro ripercuotersi ed adattarsi nel campo militare.

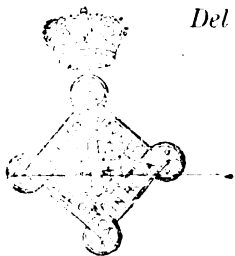
Seguono poscia tre capitoli, in cui sono presentate le storie di 30 individui condannati alla 2.ª Compagnia carcerati, alla 5.ª Compagnia disciplina, ed alla 2ª Compagnia reclusi. Sfilano davanti al lettore individui di non poco interesse per lo psicopatologo. Sunt lacrimae rerum.

Infine v'hanno nei capitoli seguenti considerazioni sui fatti esposti, le quali con evidenza rafforzano la tesi propostasi, ed una larga e cauta discussione sui provvedimenti adatti ad eliminare dall'esercito gl'infelici in parola. I provvedimenti sono ispirati ad acume e buon senso; epperò degni di considerazione. Non manca negli ultimi capitoli un colpo d'occhio al lato sociale della questione, all'influenza dell'esercito sulle neurosi. Naturalmente questo punto è toccato con molto ottimi-

smo. Chi scrive è militare, ed entusiasta, pieno di nobili sentimenti, pel suo mestiere.

Guardando il libro nel complesso, mi sembra lavoro coscienzioso, menato innanzi da chi ha un esatto intuito dello stato presente della scienza psichiatrica ed antropologica, e degli scopi pratici a cui essa deve mirare. L'A. felicemente guarda la questione in tutti gli aspetti. Alcune particolarità trasandate, una certa semplicità di linguaggio e di espressione (ripeto) giovano allo scopo di propaganda. Si mira a guadagnare gli animi dei preposti all'esercito ed alla Sanità militare; si cerca di convincerli, parlando con grande lealtà e buon senso.

D'altra parte è tale studio una bella dimostrazione dei risultati, a cui possono menare le indagini, ch' ebbero a guida e creatore il nostro grande Lombroso; e di quanto aiuto e valore sia in tal materia lo studio psicologico del soggetto. Da quei casi si vede ancora una volta, come l'elemento psichico sia un reattivo delicatissimo d'ogni malattia e degenerazione individuale.

Il mio augurio è che il libro in parola indichi, non la fine, ma il principio d'altri ed ognora forti studii dell'A. sul tema, che con tanta giustezza e coscienza ha scandagliato e sentito.

Del Greco.

CENNI NECROLOGICI

SERAFINO BIFFI

Il 27 dello scorso maggio cessava di vivere in Milano a 77 anni d'età l'illustre alienista e filantropo Dottor Comm. **Serafino Biffi**.

Sarebbe superfluo qui ridire quanta parte abbia preso il **Biffi**, assieme al sommo Verga, per affermare, diffondère, e condurre ad onorevole meta gli studii psichiatrici in Italia. Sotto gli auspicii dei due venerati maestri è surta ed ha fatto i suoi progressi la *Società freniatrica Italiana* ed il suo autorevole organo *l'Archivio italiano delle Malattie Nervose e Mentali*, oggi incorporato nella *Rivista di Freniatria*.

Agli alti meriti scientifici il **Biffi** univa bonarietà e mitezza, somma modestia e sentimenti di filantropia pari alla nobiltà del carattere.

Fu Egli che, con generosa offerta, favorí l'iniziativa del Verga per la costituzione della *Cassa di Mutuo Soccorso fra gli Alienisti;* e per la *Società di Patrocinio dei pazzi poveri della Provincia di Milano.*

Tutta la sua lunga ed onesta esistenza spesa per la scienza e per la carità, é un libro aperto di nobili esempii, che la generazione presente dovrebbe leggere riverente, ed imitare.

FRANCESCO VIZIOLI

Nel luglio scorso moriva in Napoli il Prof. **Francesco Vizioli**, neuropatologo ed elettroterapista illustre, uno dei primi anzi a coltivare in Italia tali studii sulla base di vaste cognizioni e ricerche di fisiologia cerebrale, avendo egli, come coadiutore nell'Istituto di Fisiologia, iniziato la sua carriera. Ci limitiamo per ora a questo breve annunzio, riserbandoci di parlare più ampiamente di lui, nel prossimo numero.

NOMINA

Per il crescente numero dei nostri ricoverati, era richiesto l'aumento di un medico, ed è stato col 1.° luglio assunto a questo ufficio il Dott. Ettore Fornasari di Verce, Libero Docente di Statistica nell'Università di Parma e già praticante nel Manicomio di Reggio Emilia. Per l'acquisto del simpatico e valoroso collega siamo lieti di esprimere qui pubblicamente il nostro compiacimento.

Questo Giornale esce tre volte l'anno.

L'abbonamento annuo pel Regno è di L. 7 anticipate — Per l'estero L. 9 — Un numero separato costa L. 3.

Gli abbonamenti si fanno presso l'amministrazione del Giornale.

La Direzione ed Amministrazione del Giornale sono presso il Manicomio Interprovinciale Vittorio Emmanuele II. in Nocera Inferiore.

Tutto ciò che riguarda la parte scientifica sarà spedito al Dott. Domenico Ventra (Manicomio di Nocera Inferiore). I valori e tutto ciò che riguarda l'amministrazione s'invieranno al Dott. Rodrigo Fronda (Manicomio di Nocera Inferiore.

La Direzione offre agli autori pei lavori originali 50 copie tirate a parte.

ANNO XV. N.° 3

IL MANICOMIO

MODERNO

Giornale di Psichiatria

ORGANO DEL MANICOMIO INTERPROV. V. E. II.

Direttore

DOTT. DOMENICO VENTRA

DIRETTORE DEL MANICOMIO

Redattori

Dott. RAFFAELE CANGER (Redattore-Capo)
R. FRONDA, F. DEL GRECO, G. ANGRISANI, R. GALDI, L. DE CESARE,
E. FORNASARI DI VERCE, G. ANGIOLELLA (Segretario della Redazione)

Collaboratori

Prof. D'ABUNDO GIUSEPPE — FUNAIOLI PAOLO — LOMBROSO CESARE
TONNINI SILVIO — VIRGILIO GASPARE — ZUCCARELLI ANGELO
Dott. ALESSI URBANO — ALGERI GIOVANNI — BRUGIA RAFFAELE
CODELUPPI VITTORIO — CRISTIANI ANDREA — DE LUZENBERGER AUGUSTO
FRIGERIO LUIGI—GIACCHI OSCAR—GRIMALDI ANDREA—MARCHI VITTORIO
PIANETTA CESARE — PIERACCINI ARNALDO — ROSCIOLI RAFFAELE
ROSSI ENRICO — SGOBBO F. PAOLO — TAMBRONI RUGGIERO.

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO
1899

INDICE

Parte Prima

Memorie Originali

PSICHIATRIA

RIVISTE

BIBLIOGRAFIE

Parte Seconda

Rendiconto Statistico del Manicomio Interprov. V. E. II.

PARTE PRIMA

PSICHIATRIA

Manicomio privato di Messina

CONTRIBUTO ALLA CONOSCENZA
DELLE
PARALISI PROGRESSIVE POST-TABETICHE

PEL

Dott. Guido Garbini

(Continuazione e fine)

Osservazione E.

F. Dott. G. coniugato, medico chirurgo e veterinario, entra il 28 gennaio 1895.

Anamnesi — Si sa che a 7 anni soffrì di un trauma al capo, per il quale ebbe perdita di coscienza, e poco dopo, epilessia convulsiva generale. Coll'andar del tempo gli accessi diminuirono, lasciando intervalli anche di tre anni. Si laureò veterinario a T., in Scienze Naturali a R. in Medicina a T. Forse fu sifilitico. Non è mai stato alcoolista nè fumatore. Parecchie volte sofferse dolori folgoranti all'inguine, al ginocchio e al piede specialmente a sinistra. Una iniezione di morfina fatta per dolori violenti nel 1891 fu seguita da attacco epilettico. Ictus apoplettiforme poco dopo con perdita di coscienza e paralisi transitoria a destra: restò permanente il disturbo di articolazione della parola. Dopo l'ictus attacchi epilettici e contrazioni cloniche a destra, durante i quali il disturbo della parola era più intenso. Dopo l'attacco apoplettiforme, delirio di persecuzione per 8 giorni, delirio che poi si ripetè altre volte.

Esame obbiettivo — Gravi stigmate degenerative al capo e alla faccia. Arteriosclerosi. Masse muscolari flaccide. Movimenti delicati degli arti superiori incerti e indetermi-

nati. Stazione su una gamba sola impossibile. Fenomeno di Romberg. Movimenti *in toto* nella lingua protrusa. Tremori vibratorii alle dita e alle mani. Anisocoria (s > d). Pupille rigide alla luce e all'accomodazione. Rotulei aboliti, come pure tutti gli altri riflessi profondi. I riflessi superficiali, cremasterici, addominali, epigastrici persistono.

La sensibilità dolorifica è diminuita. Talora parestesie alla mano destra e contemporaneamente sensazione speciale quasi di compressione sull'angolo labiale destro; e da questo punto tale sensazione talora si estende fino al bulbo oculare del medesimo lato. Allora accade che gli oggetti che prende colla destra gli cadano senza avvedersene. Udito abolito a destra; diminuito fortemente a sinistra. Il sapore dolce non é riconosciuto. Abolito l'olfatto. Le terminazioni nervose del V paio reagiscono bene ai vapori di ammoniaca. Acuità visiva diminuita.

Coscienza della grave malattia. Coscienza della lesione profonda della memoria e della perdita di ogni cognizione scientifica. Nozione di luogo esatta: di tempo molto approssimativa. Non vi sono idee deliranti. Sfera affettiva molto bene conservata. Tranquillo, cortese, rispettoso, ricopia e legge libri, Le dentali e le labiali restano incerte. Nel linguaggio volontario si notano talora arresti dovuti al fatto che la parola corrispondente all'idea non si evoca immediatamente. Sillabe leggermente separate le une dalle altre e talora elisioni.

Muore il 15 giugno 1895.

Autopsia — Ossa della calotta aumentate di spessore. Dura madre ispessita, coperta da membrane emorragiche recenti sulla faccia interna di sinistra. La faccia di destra della gran falce inferiormente presenta due grosse placche ossee, difficili a staccarsi. Pia edematosa e un po' opacata; si distacca difficilmente dai giri cerebrali portando seco brandelli di sostanza cerebrale. Decorticazioni nella porzione superiore del lobo frontale e parietale sinistro. Decorticazioni più gravi si notano sulla faccia anteriore della faccia mediale degli emisferi. In una sezione orizzontale si trova la sostanza del mantello iperemica, e lievemente diminuito il suo spessore. In un taglio praticato attraverso la parte

anteriore del *colliculus caudatus*, si riscontra un piccolo rammollimento migliariforme, occupante l'estremità superiore esterna del *nucleus lentiformis*. Vasi cerebrali normali. L'ependima che ricopre la fossa romboidale è ricoperto da grosse e numerose granulazioni.

Peso dell'encefalo gr. 1350.

DIAGNOSI ANATOMICA — Aortite deformante. Meningoperiencefalite cronica. Idrocefalo interno. Ependimite della fossa romboidale. Sinechie del pericardio. Nefrite (arterio-sclerotica) cronica.

OSSERVAZIONE F.

A. Tommaso, di anni 46, coniugato, farmacista, entra in Manicomio il 9 luglio 1896.

ANAMNESI — Madre morta apoplettica. Sifilide. Amaurosi. La malattia incominciò verso il 9 giugno 1896 in modo lento e progressivo. Idee grandiose di ricchezza. « *Ha*, dice, *una bellissima voce: deve cantare alla cappella Sistina* ». Allucinazioni. Vede due persone sospese per i capelli dondolare sopra di esso coi coltelli. Vede una serie di fantasmagorie contro le quali agisce gridando e minacciando ; tenta fuggire.

ESAME OBBIETTIVO — Stigmate degenerative al capo e alla faccia. Endocardite. Testicolo hunteriano. Palpebra superiore destra nello stato di riposo abbassata; ma con sforzo può essere sollevata completamente. Bulbo oculare destro ruotato all'esterno, nella posizione di riposo. Nella visione binoculare la convergenza dei bulbi è quasi impedita del tutto. Limitata la rotazione in alto e in basso. All'esame monoculare il bulbo oculare destro si muove limitatamente verso l'interno, limitatissima l'escursione in alto e in basso; verso l'esterno invece è quasi normale. Nel guardare in basso la palpebra superiore cade chiudendo del tutto la rima palpebrale. Il bulbo sinistro converge all'interno un po' più che nella visione binoculare. Mantenuti gli altri movimenti, ma limitati quegli in basso e in alto. Leggiera ipotonia del VII inferiore destro. Tremori nei muscoli che circondano l'apertura boccale. Nelle mani non vi sono tremori. Difficile la deglutizione delle sostanze solide.

Diminuita la forza muscolare. Non si regge dritto in piedi. Arti superiori capaci di tutti i movimenti. Negli arti inferiori questi sono tutti limitati.

L'esame della sensibilità dà risultati incerti. Gli stimoli dolorosi danno poca reazione anche sulla pianta dei piedi. L'ammalato interrogato sulle sue sofferenze, irritato dice: *mi duole tutto*. Pupille uguali di media grandezza, rigide. Riflessi rotulei e addominali aboliti. Paralisi del retto e del detrusore della vescica.

Non si presta ad un esame psichico completo. Giace in letto ora sospirando ora lamentandosi: sono lamenti, sospiri, imprecazioni, desiderii, tutto emesso in maniera incomprensibile e slegata. Interrogato si irrita col medico e coll'infermiere, che chiama causa di tutti i suoi mali. Idee ipocondriache manifeste (*è etico e ridotto a scheletro*). Impreca al destino che lo ha fatto capitare in mano di *medici che non capiscono nulla*. Talora germoglia qualche idea di grandezza, non così iperbolica come è accennato nell'anamnesi, riguardante sempre la sua personalità. *Egli sa tutto ed è inutile interrogarlo*. Irritabile sopporta poco i parenti. Domanda continuamente di *essere curato bene e che gli si dia per lo meno un po' di minestra,... ma già qui tutti lo tormentano*. Voce a timbro nasale. Disartrie.

Muore il 31 luglio 1896.

Autopsia — Ossa della calotta ispessite e un po' aderenti alla superficie della dura. Nel seno longitudinale scarsi coaguli cruorosi. Superficie interna della dura colorita in rosso con chiazze brune. Questa colorazione è più diffusa ed intensa nella metà sinistra. Colla punta dello scalpello si portano via sottili membranelle. Nella metà sinistra ciò non è possibile. Spessore della dura normale. Vene della pia ripiene di sangue. Pia rosso-cupa, edematosa: si distacca facilmente dai giri cerebrali, meno però nella faccia interna dei lobi frontali dove le pagine piali sono connate fra loro, in modo che i due lobi non si possono staccare. Sulla superficie cerebrale rare e superficiali decorticazioni specie a sinistra. Decorticazioni profonde gravi sulla superficie interna dei lobi anteriori, dove si osserva un vero grado di

rammollimento. Decorticazioni anche sull'*insula*, specie a sinistra. Superficie del mantello riccamente punteggiata e di colore grigio scuro. Nervi ottici diminuiti di volume, di aspetto gelatinoso e grigi; sembrano edematosi. Oculomotore comune di ambo i lati assottigliato, grigio: il destro è un po' più assottigliato del sinistro. L'abducente sinistro più sottile del destro. Notevolmente rammollito il corpo calloso e la volta. Ventricoli laterali dilatati con siero limpido rossastro. Liscio l'ependima ventricolare. Sostanza bianca edematosa riccamente punteggiata.

Midollo spinale rammollito, assottigliato specie nella regione dorsale.

DIAGNOSI ANATOMICA — Endoaortite cronica deformante. Insufficienza relativa delle valvole aortiche. Nefrite parenchimatosa cronica. Meningoencefalite cronica diffusa. Prostatite e deferentite suppurata. Cistite gangrenosa.

OSSERVAZIONE G.

C.... Tobia, a. 42, coniugato, calzolaio, entra nel Manicomio il 5 agosto 1895.

ANAMNESI — Abuso di vino. Ebbe 10 figli, di cui 4 sono morti. Nel 1885 dolori lancinanti agli arti inferiori ripetentisi di tratto in tratto. Nel 1893 idee micromaniache delle quali poi migliorò. Nel dicembre 1894 ricomparsa del delirio: diventa irritabile. Idee deliranti accentuantisi nel giugno 1895, contemporaneamente mutismo e perdita di orine.

ESAME OBBIETTIVO — Stigmate degenerative alla faccia. Nella posizione di riposo la palpebra superiore destra abbassata di poco. Uguale deficienza nei movimenti forzati di apertura. Nello stato di riposo l'occhio è ruotato infuori: nei movimenti si nota l'impossibilità della rotazione nei quadranti superiore ed inferiore interni. La convergenza dei bulbi nella visione binoculare è deficiente. Cammina lanciando le gambe e divaricandole. Fenomeno di Romberg lieve. Non si regge su una gamba sola. Ugola leggermente deviata a sinistra. Sensibilità dolorifica considerevolmente diminuita su tutto il corpo, ma più specialmente a destra. A-

cutezza visiva diminuita. Pupille ineguali piccole, non reagenti nè alla luce nè all'accomodazione. Rotulei aboliti. Debole il riflesso plantare. Pronti i riflessi addominali. Debole il congiuntivale.

Risponde a monosillabi. L'attenzione è del tutto deficiente. L'ideazione lenta e difficile. Si crede assai povero. Tono sentimentale molto depresso. Sta sempre seduto e nulla chiede. Leggiero tremore nelle curve grafiche. Non si notano disartrie.

Muore il 29 febbraio 1896.

AUTOPSIA — Meningoencefalite cronica.

OSSERVAZIONE H.

P.... Vincenzo di a. 42, cattolico, ammogliato, impiegato, entra il 19 febbraio 1895.

ANAMNESI — Zia materna alienata. Madre tubercolosa. Nel 1875 sifilide. Abusi venerei. Nel 1891 si inizia la tabe dorsale. Nell'agosto 1894 segni di alienazione mentale; compra oggetti per romperli. Attaccabrighe, irrequieto, maltratta i parenti. Di umore stravagante.

ESAME OBBIETTIVO. — Segni degenerativi al cranio e alla faccia. Leggieri e rari tremori nell' elevatore del labbro quando mostra i denti. Uguali tremori nella lingua protrusa e nelle mani estese in posizione di chi giura. Pupille miotiche rigide; riflessi addominali pigri; rotulei aboliti. Un poco incerti i movimenti degli arti superiori ad occhi chiusi. Fenomeno di Romberg. Deambulazione leggermente atassica: l'atassia, ad occhi chiusi, aumenta. Sensibilitá dolorifica diminuita in tutto il corpo. Diminuita pure l' intensità dell' acutezza visiva. L' acido è caratterizzato per indifferente; il dolce per acido; l'amaro prima per bruciante, poi per amaro.

L'attenzione, la nozione di luogo e quella del tempo relativamente esatta. Memoria labile. Debole la capacità di fare i conti. Delirio di grandezza. È *enciclopedico* e *sa tutto*. Euforia. Si compiace di parlare di cose sessuali, di balli, di osterie, ecc., ecc.

Muore il 2 gennaio 1896.

AUTOPSIA — Dura afflosciata, leggermente ispessita. Pia

opacata ed ispessita, specialmente in corrispondenza del lobo frontoparietale. Spazii sottoaracnoidali pieni di liquido abbondante. Asportando la pia rimangono diffuse decorticazioni , specie sul giro frontale superiore e giri rolandici. I lobi parietale ed occipitale sono intatti. Ventricoli cerebrali dilatati, ripieni di liquido limpido. Midollo spinale meno voluminoso del normale. I fasci di Goll e di Burdach grigii.

DIAGNOSI ANATOMICA — Degenerazione grigia delle colonne posteriori. Meningo - periencefalite cronica deformante. Pielonefrite purulenta. Pneumonite lobare destra.

OSSERVAZIONE I.

L. Bruno, celibe, calzolaio, entra il 13 febbraio 1896, di anni 38.

ANAMNESI — Infezione celtica. Sintomi tabetici. Fin dal 1895 segni di alienazione mentale. Diceva di uccidersi essendo diventato cieco. Ha avuto periodi di logorrea ed altri di mutismo. Talora ha rifiutato il cibo.

ESAME OBBIETTIVO — Non si notano importanti segni degenerativi. Fronte solcata non ugualmente dai due lati. Sopracciglio sinistro alquanto stirato in alto. Palpebra superiore destra costantemente semichiusa: difettosa pure la chiusura. Bulbo oculare destro abdotto e pare del tutto immobile in questa posizione. Bulbo oculare sinistro leggermente inclinato all'esterno. Negli sforzi volontarii la elevazione e la convergenza molto difettose. Nel fissare un oggetto qualunque presenta movimenti nistagmiformi. Sulla posizione del bulbo oculare destro nessuna influenza ha la luce. L'atto di digrignare i denti riesce impossibile, e nei tentativi accenna ad elevarsi solo l'angolo destro della bocca. Denti quasi tutti mancanti. La protrusione della lingua è incompleta, questa non sorpassa che con difficoltà estrema l'arcata dentaria. E' tremula deviata un poco a sinistra con forte impronta dentaria. Perdita di urine. La deambulazione si compie a passi piccoli e a gambe divaricate seguendo una linea a zig-zag ; oscilla egli talvolta col tronco a destra e a sinistra, sollevando le gambe più del necessario: nel volgersi sul proprio asse le oscillazioni sono

più manifeste. I disturbi si accentuano nella deambulazione ad occhi chiusi. Non si regge su una gamba sola. Leggero Romberg. Pupille disuguali (d > s) rigide alla luce. Aboliti i riflessi rotulei e i cremasterici. Il cutaneo addominale destro debole.

Sullo stato della sensibilità generale e specifica non si può dir nulla per lo stato dell'infermo. Reagisce però poco agli stimoli dell'ammoniaca, a quelli dolorosi e termici. Amaurotico l'occhio destro. Glandole linfatiche palpabili al collo e al cubito. Masse muscolari flaccide.

Talora muto; passa il tempo seduto in disparte non infastidendo alcuno. Si nutrisce con voracità. Ha tendenza di gettare ciò che gli sta vicino in terra, specie le stoviglie nelle ore dei pasti. E' sudicio. Alla notte si alza di letto per eseguire movimenti ed atti, ora senza scopo, ora per defecare. Nella notte, riferisce l'infermiere, parla spesso a mezza voce solo e qualche volta come dialogando con persona di sua famiglia (specie la moglie). Vi è profonda disintegrazione della personalità: tutti i processi psichici sono fortemente lesi, ed in ispecial modo la memoria dei fatti lontani e recenti. Ha presentato idee deliranti di grandezza, pallide, assurde, senza reazione emotiva. Di tanto in tanto cade in preda a rapidi eccitamenti transitorii con turbe vasomotorie piuttosto rilevanti. Talvolta ha rifiutato il cibo per un solo pasto, perchè nel seguente tornava a divorare. Rilevanti disturbi di linguaggio nella dizione e nell'articolazione delle parole. Vi è quasi sempre manifesta bradiartria con elisioni sillabari e trasposizioni di lettere.

Muore nel settembre 1896.

AUTOPSIA — Ossa della calotta diminuite di spessore. Dura lievemente ispessita ed alquanto afflosciata. La pia diffusamente opacata ed alquanto ispessita, si distacca difficilmente dai giri cerebrali, asportando grossi strati di sostanza corticale, massimamente in corrispondenza della porzione inferiore dei giri pararolandici e del giro frontale inferiore. Le decorticazioni più diffuse sono a sinistra. I *tractus* dei nervi ottici notevolmente diminuiti di volume e un po' bianchi. Così pure il III e IV paio. Un taglio orizzon-

tale attraverso gli emisferi mostra la sostanza del mantello asciutta; il grigio corticale diminuito di spessore, specie in corrispondenza dei lobi frontali. Ricca di sangue la sostanza bianca. I ventricoli cerebrali dilatati, ripieni di abbondante liquido alquanto torbido. Liscio l'ependima.

Midollo spinale di volume inferiore al normale. Macroscopicamente il colorito dei cordoni posteriori, specie in corrispondenza del segmento lombare, apparisce squisitamente grigiastro. Lungo il segmento dorsale e cervicale la area grigiastra va sempre più diminuendo.

Diagnosi anatomica — Meningoperiencefalite cronica. Degenerazione dei cordoni posteriori.

Osservazione L.

De N. Maria di a. 54, nubile, donna di casa, entra il 25 maggio 1897.

Anamnesi — Poche notizie anamnestiche si possono raccogliere. Esclusa sifilide. Nel 1893 dolori assai intensi negli arti inferiori. Visitata da un sanitario, questi fece diagnosi di tabe. Non aveva allora alcun fatto mentale. Attribuiva la malattia all'umidità sofferta. Verso il febbraio 1897 cominciarono i disturbi mentali e diminuzione di memoria. Incominciò ad accennare ad *una signora che doveva venirla a prendere in legno, che i soldati le rendevano gli onori militari, ecc., ecc.* Di notte si alzava e girava per casa.

Esame obbiettivo — Lievi note degenerative alla faccia. Stato generale cattivo. Tremori dei muscoli facciali nell'atto di digrignare i denti. Tremori nella lingua protrusa. Nelle mani, poste in posizione di chi giura, tremori in *toto* e nelle dita. Movimenti attivi degli arti superiori conservati, ma titubanti e oscillanti. I movimenti degli arti inferiori conservati, ma disordinati ed atassici. Nei movimenti comandati profondi disturbi del senso muscolare. Deambulazione atassica, irregolare, con grandi oscillazioni del tronco. Negli arti inferiori la forza muscolare, specie a sinistra, assai scarsa. Pupille ristrette ed eguali, rigide alla

luce e mobili all'accomodazione. Aboliti i riflessi patellari, aboliti i riflessi profondi degli arti superiori. Mantenuti gli addominali. Pigrissimi i plantari.

Profonda anestesia dolorifica dal ginocchio in giù. Sensazioni termiche tarde. Tanto la sensibilità dolorifica quanto la termica diminuita specialmente nella zona tra la regione mammaria e l'epigastrio. Il dolce non è avvertito, l'amaro con ritardo.

Sempre in istato di sopore, sta abbandonata sopra una sedia cogli occhi semichiusi ed il capo inclinato da un lato. Risposte lente e scarsissime. Parla vagamente di una signora che l'avrebbe qui condotta, ecc., ecc. Non ha la nozione del luogo. Talora cammina carponi. Non mangia se non imboccata.

Muore il 4 luglio 1897.

Autopsia — Ossa della calotta aumentate di spessore. Pia edematosa un po' opacata, che si distacca facilmente dai giri, normali per conformazione e volume. In una sezione orizzontale la sostanza del mantello appare anemica. Ventricoli cerebrali alquanto asciutti.

Osservazione M.

M..., tenente quarantenne.

Anamnesi — Artritismo nella famiglia del padre e della madre. Sorella isterica. Non bevitore. All'etá di circa 20 anni contrasse a Venezia un'ulcera dura, che trascurò. Mite e generoso di carattere, beneamato dai superiori e dagli inferiori. Verso il giugno 1895 disturbi visivi. Papilla tabetica. Una sola volta ebbe dolori folgoranti caratteristici alla coscia. Forte e rapida diminuzione di peso. Cura antisifilitica: nessun risultato. Nel dicembre dello stesso anno disturbi gastrici, accessi di soffocazione, vomito. Lievi disturbi a carico del linguaggio parlato e scritto. Fenomeno di Romberg. Pupille midriatiche, rigide alla luce. Nei primi mesi del 1896 parestesie alle coscie. Agitazione notturna.

Esame obbiettivo — Movimenti degli arti superiori ed

inferiori incerti ed indeterminati. Tremori evidenti nelle gambe non appena le appoggia. Fenomeno di Romberg. Tremori nella lingua protrusa; clono di questa. Disartrie, disturbi di scrittura. Anisocoria. Pupille rigide alla luce. Rotulei vivaci.

Sensazione di acqua fredda sotto la pelle del dorso. Dolori lancinanti alle coscie, gambe e piedi. Non si potè stabilire se vi fossero disturbi di sensibilitá, non prestandosi l'infermo ad un esame minuzioso.

Collerico contrariamente al suo carattere. Allucinazioni terrifiche. Emotività esagerata. Negli ultimi tempi mutismo assoluto. Memoria lesa profondamente.

Morì il 6 marzo 1898 coi segni d'insufficienza cardiaca.

L'AUTOPSIA non fu permessa.

ETIOLOGIA

FREQUENZA — Fu detto da molti che l'esito della tabe in paralisi progressiva é abbastanza frequente. A me questo non risulta affatto; in Italia almeno é rara.

Ho cercato di avere il numero dei paralitici genuini e di quelli post-tabetici decessi nel quinquennio 1893-97 nei diversi manicomii del Regno, e la maggior parte delle Direzioni Sanitarie mi risposero subito dandomi anche degli schiarimenti in proposito; altre, pur mandandomi le statistiche dei paralitici, mi fecero sapere che nulla potevano stabilire, per mancanza di dati anamnestici, sull'esistenza o meno della tabe, o stabilita la tabe, non specificarono se fosse anteriore o concomitante o posteriore allo sviluppo della paralisi; altri invece non mi risposero affatto.

È quindi per ragioni indipendenti dalla mia volontà se non posso presentare le statistiche di tutti quanti i manicomii del Regno.

MANICOMII	DECESSI DI PARALISI PROGRESSIVA											
	1893		1894		1895		1896		1897		TOTALI	
	u	d	u	d	u	d	u	d	u	d	u	d
Alessandria	14	1	10	2	4	1	10	2	5	»	43	6
Ancona	4	1	4	»	4	2	7	»	6	1	25	4
Bergamo	4	»	7	»	6	1	7	»	3	»	27	1
Bologna	9	5	15	9	12	2	15	3	25	11	76	30
Como	2	1	6	»	7	3	5	2	6	5	26	11
Cremona	1	»	1	1	4	1	1	2	3	2	10	6
Fermo	2	»	»	»	1	2	2	1	1	1	6	4
Ferrara	8	3	10	4	4	3	6	3	5	1	33	14
Firenze	6	2	7	2	9	4	14	3	10	3	46	14
Imola	6	2	12	1	5	1	7	1	3	2	33	7
Lucca	10	2	6	3	10	1	7	4	3	4	36	14
Macerata	»	1	4	1	6	»	2	»	2	»	14	2
Mantova	1	1	5	2	11	»	6	1	2	1	25	5
Messina	1	»	5	»	3	»	3	»	5	»	17	»
Mombello	11	2	5	1	11	2	8	3	10	1	45	9
Quarto al Mare	9	»	9	»	7	»	8	3	7	3	40	
Racconigi	19	5	18	11	18	4	17	9	7	3	79	32
Roma	19	13	34	12	29	17	38	17	31	11	151	70
Siena	14	8	13	5	11	6	16	4	6	7	60	30
Teramo	3	»	10	2	3	4	3	2	3	»	22	8
Venezia (S. Cle.)	»	3	»	3	»	2	»	»	»	1	»	9
Verona	6	2	16	1	15	1	12	3	10	3	59	10
											873	292
											1165	

DECESSI DI PARALISI PROGRESSIVA POST-TABETICA											
1893		1894		1895		1896		1897		Totali	
u	d	u	d	u	d	u	d	u	d	u	d
»	»	2	»	1	»	»	»	1	»	4	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	2	2	1	1	2	1	1	1	2	5	8
»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	»
»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2	»	1	»	»	»	1	»	»	»	4	»
»	»	1	»	3	1	2	»	1	»	7	1
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2	»	1	»	1	»	2	»	»	»	6	»
										28	12
										40	

Abbiamo dunque che in 22 manicomii delle più disparate regioni d'Italia, il numero totale dei decessi paralitici, nel quinquennio 1893-1897 fu di 1165 e di soli 40 quegli post-tabetici. Tirata la media si ha che il 3,43 0[0 dei casi di demenza paralitica sono quale esito della tabe dorsale.

Età — L'età considerata in 33 dei nostri infermi, ci dà come media dell'internamento al manicomio 41 anni, cifra che riporta evidentemente a 39 e 40 anni il principio della malattia. Ma, se dividiamo in decennii l'età della vita, vediamo che è fra i 30 e i 40, nel rigoglio cioè dell'intelligenza e della forza, che la demenza paralitica é più frequente.

Num. dei malati	Età in cui cominciò il morbo	Percentuale
16	30-40 anni	48,49
12	40-50 »	36,37
5	50-60 »	15,16

Però l'inizio di essa prima dei 35 anni è un fatto raro.

Mettendo in rapporto questa statistica con quella di Adolfo Hirschl e quella di Mairet e Vires, per la paralisi progressiva, si vede che la tabe rende di poco più precoce lo scoppiare di questa.

I detti autori danno queste cifre:

Statistica di Adolfo Hirschl

Num. dei malati	Età in cui cominciò il morbo	Percentuale
4	dai 10 ai 20 anni	2,00
»	» 21 » 25 »	»
8	» 26 » 30 »	4,00
36	» 31 » 35 »	18,00
54	» 36 » 40 »	27,00
49	» 41 » 45 »	24,50
28	» 46 » 50 »	14,00
12	» 51 » 55 »	6,00
7	» 56 » 60 »	3,50
2	» 61 » 65 »	1,00
200		

Statistica di Mairet e Vires

Num. dei malati	Età in cui cominciò il morbo	Percentuale
1	Prima dei 20 anni	0,57
5	Fra i 20 anni e i 30	2,87
82	» 30 » » 40	47,12
48	» 40 » » 50	27,58
30	» 50 » » 60	17,24
8	» 60 » » 80	4,59
174		

Fatta la media delle percentuali massime di questi due autori, e messa in rapporto colla nostra si ha che la paralisi progressiva si sviluppa fra i 30-40 anni nel 46,00 0[0 dei casi, e la paralisi progressiva post-tabetica (in tale epoca) nel 48,90 0[0.

Cristian e Ritti (1) danno la seguente statistica:

Num. dei malati	Età in cui cominciò il morbo	Percentuale
2	dai 25 ai 30 anni	1,25
67	» 30 » 40 »	41,88
81	» 40 » 50 »	50,63
18	» 50 » 60 »	11,25
168		

secondo la quale, l'età più favorevole allo svilupparsi della paralisi progressiva, sarebbe quella compresa fra i 40 ed i 50 anni, aumentando così le probabilità della nostra asserzione che la tabe renda veramente più precoce il sorgere della demenza paralitica.

SESSO — Lasciando da parte i casi di paralisi progressiva post-tabetica pubblicati dagli autori, e riportandomi invece alle statistiche del quinquennio 1893-1897 dei ventidue manicomii italiani, trovo su 40 de-

(1) Trattato di Medicina di Charcot, Bouchard. Vol. VI, parte III, pag. 9.

cessi, 30 di sesso mascolino (75 0[0) e 10 di sesso femminino (25 0[0): il rapporto fra i due sessi è di 3 a 1.

Vediamo ora ciò che dagli autori si è trovato, a questo proposito, per la paralisi progressiva:

Meynert (1)	1 donna	su	3,40	uomini
Bonfigli (2)	1 »	»	4,00	»
Hirschl (3)	1 »	»	3,07	»
Vollemberg (4)	1 »	»	3,50	»
Mairet e Vires (5)	1 »	»	6,25	»

Nel quinquennio 1893-97 nei 22 manicomii italiani si ebbero 873 uomini decessi per paralisi progressiva e 292 donne (2,92 : 1). Se facciamo la media delle cifre date da questi autori risulta che per ogni donna paralitica si trovano 3,86 paralitici uomini. Per il sesso non vi è quindi differenza alcuna fra le due malattie.

CONDIZIONE SOCIALE — La più gran parte dei paralitici post-tabetici è data dalle classi meno abbienti e meno colte. E poiché queste mangiano male e sono esposte ad ogni sorta di strapazzi, é lecito supporre che le grandi perdite sofferte dall'organismo per le fatiche e non compensate da abbondante nutrimento, siano cause predisponenti della malattia.

Fra le classi abbienti e le non abbienti vi sarebbe il rapporto di 1 a 2, rapporto che sale al 3,08, se si pensa che nelle classi abbienti sono compresi anche gli

(1) Meynert — Hirschl, op. cit.

(2) Bonfigli — Strümpell, Trattato di Pat. spec. med. — Ediz. ital. Vol. II, pag. 395, nota.

(3) Hirschl — Op. cit.

(4) Vollemberg — Archiv. für Psychiatrie, XXVI, 1894.

(5) Mairet e Vires — Op. cit.

impiegati i quali presso di noi stentano invece la vita forse più dell'operaio.

Num. dei malati	Professione	Percentuale
24	Braccianti	66,66
12	Ufficiali, professori, impiegati	33,33
36		

Hirschl dà un quadro ben particolareggiato dei suoi malati paralitici genuini.

Num. dei malati	Arte o Professione	Percentuale
5	Dotti e Artisti	2,50
1	Ufficiali	0,50
1	Religiosi	0,50
16	Impiegati	8,00
35	Mercanti	17,50
67	Operai	33,50
20	Arti e Mestieri	10,00
30	Servitori	15,00
16	Giornalieri.	8,00
9	Senza occupazione alcuna. .	4,50
200		

Dunque secondo la statistica di Hirschl il rapporto fra classi abbienti e non abbienti sarebbe di 1 : 2,45

e di 1 : 3,79 se nelle classi non abbienti si considerano anche gli impiegati.

Mairet e Vires non danno statistiche per la paralisi progressiva, si limitano solo a dire che i loro 174 ammalati erano reclutati quasi esclusivamente fra i piccoli proprietarii, i contadini, gli operai e gli impiegati.

Le statistiche di Hirschl e quella da me data essendo press'a poco equivalenti, si può concludere che: i tabetici come i non tabetici, sono sotto questo punto di vista, egualmente predisposti alla paralisi generale.

Da una statistica del Verga nei manicomii italiani (1) si rileva che, mentre negli Ospizii Pubblici, essa frenosi paralitica costituisce il 2,52 0[0 dei ricoverati, nelle Case Private di salute raggiunge il rapporto di 7,18 0[0. Spesseggia quindi la psicopatia paralitica fra le classi privilegiate. Parrebbe a prima vista che queste cifre fossero in aperta contraddizione con quanto conclusi poco sopra; io non lo credo: esse servono anzi a dimostrarla pienamente. Giacchè il nostro organismo può in condizioni normali di salute, andar soggetto a perdite grandi sia per eccessivo lavoro manuale non compensato da sufficiente nutrimento, sia per abuso della vita con divertimenti che, se hanno da una parte un compenso nella alimentazione ricca, non è però questa bastante a bilanciare la perdita di sonno, le emozioni frequenti del giuoco, dell'alcool e della venere. Questi giovanotti alla moda, che non vedono mai sole ed hanno le gote cascanti, perdono forse più del povero operaio che lavora a cottimo. Ma una riprova di quanto ho detto si trova nella stessa statistica del Verga. Ricerca egli la percentuale delle paralitiche su tutte

(1) A. Verga — Delle forme frenopatiche nelle classi agiate. — Annali di Statistica serie III, Vol. VI, Roma 1863.

quante le ricoverate nei pubblici e nei privati manicomii, e viene a questo importante risultato, che le cause della paralisi agiscono maggiormente sulle donne delle classi inferiori che non sulle donne agiate.

Secondo questo autore le paralitiche nei manicomii pubblici in Italia rappresentano l'1,46 0|0 su tutte le alienate, nei privati il 0,95 0|0.

Terreno — Nella maggior parte dei nostri malati presi in considerazione, si trattava di gente con grave eredità psicopatica, figli di genitori ubbriaconi e violenti, nipoti di suicidi; alcuni avevano eredità tubercolare e artritica; altri, il padre o la madre morti idropici o asmatici, o di insulto apoplettico o di tumore maligno. Essi stessi avevano portato sin dalla nascita stigmate gravi degenerative molteplici, come asimmetria nettissima facciale, orecchio privo di antelice, piede piatto, prognatismo alveolare, fronte *bombèe*, sopracciglia prominenti, naso deviato, orecchie asimmetriche, denti ad embrice. E in rapporto alla psiche erano egoisti, esigenti, collerici, gelosi all'eccesso, fannulloni in grado tale da mutar parecchie volte mestiere, onanisti, volubili, suicidi anche. Qualcuno aveva sofferto gravi malattie infettive, come il vaiuolo, qualcuno si era nutrito assai deficientemente.

Fra i fattori etiologici si debbono distinguere gli *ereditarii* dagli *acquisiti*.

Per quanto riguarda gli *ereditarii*, non essendomi stato possibile per la varietà di essi, considerarli uno per uno, li ho raggruppati in tre classi:

a) eredità mentale e nervosa;

b) eredità discrasica;

c) tutti quegli individui, sui quali, pur mancando i dati anamnestici, si riscontrarono gravi note degenerative.

Num. dei malati	Ereditarietà	Percentuale	
11	Eredità mentale e nervosa	42,30	100
10	» discrasica . . .	38,46	
5	» stigmate degenerative	19,23	

In genere l'eredità è dissimilare; solo raramente (in 20 casi un'unica volta), fu similare (nel 5 0[0).

Non facendo entrare nella statistica le osservazioni che per questo riguardo mancano di notizie, negli altri casi in cui l'anamnesi era, almeno sotto tal punto di vista esatta, questo momento etiologico, l'eredità, lo ho sempre incontrato, avendone quindi una percentuale del 100 0[0.

Vediamo ora i risultati a cui gli autori recenti sono arrivati per l'etiologia della demenza paralitica genuina.

Westphal	ha trovato	l'eredità	nel	5,40	0[0	dei casi
Byoernstroem	»	»	»	8,00	»	»
Siemerling	»	»	»	11,00	»	»
Obersteiner	»	»	»	11,50	»	»
Krafft-Ebing	»	»	»	15,20	»	»
Mairet e Vires	»	»	»	23,00	»	»
Oebeke	»	»	»	22,40	»	»
Eickholt	»	»	»	24,00	»	»
Aeinhard	»	»	»	24,50	»	»
Giraud	»	»	»	28,00	»	»
Ullrich	»	»	»	30,00	»	»
Ascher	»	»	»	31,00	»	»
Calmeil	»	»	»	33,00	»	»

König ha	trovato	l'eredità	nel	33,00	0[0 dei	casi
Simon	»	»	»	33,00	»	»
Iung	»	»	»	39,00	»	»
Pontoppidan	»	»	»	41,33	»	»
Graf	»	»	»	41,60	»	»
Gudden	»	»	»	42,80	»	»
Lange	»	»	»	43,00	»	»
Zienhen	»	»	»	45,00	»	»
Bayle	»	»	»	50,00	»	»
Armand	»	»	»	53,00	»	»
Mendel	»	»	»	56,30	»	»

Se si fa la media di queste cifre e si paragonano con quelle da me trovate, abbiamo che l'ereditarietà nella paralisi progressiva si riscontra il 33,28 0[0 dei casi
» » post-tab. » » 100,00 0[0 »

L'eredità è dunque un grande momento etiologico per la paralisi progressiva in genere, di primissimo ordine per quella post-tabetica. Che l'eredità sia veramente causa predisponente grave, lo dimostrano anche M a i r e t e V i r e s, i quali riportano la storia di un individuo, figlio di paralitico, il quale senza essersi esposto ad alcuna delle cause considerate come capaci di dare la paralisi progressiva, diventò paralitico a 45 anni. Anche N ä c k e (1) è di opinione che nella paralisi generale si tratti per lo più di un cervello invalido fin dalla nascita (eredità neuropsicopatica). Per la scuola di C h a r c o t la paralisi progressiva appartiene incontrastabilmente alla famiglia neuropatica: essa è prodotto e fattore di eredità nervosa. Per i seguaci del grande neuropatologo l'agente costante, indis-

(1) Näcke — Versammlung der Vereinungrit. April, 1897.

pensabile, essenziale allo sviluppo della malattia sarebbe la labe nervosa ereditaria, di fronte alla quale le diverse altre cause non hanno che un valore accessorio ed occasionale.

Fra i fattori acquisiti spetta il primo posto alla SIFILIDE — Ricercata la sifilide negli anamnestici, e nell'individuo all'esame obbiettivo, ho avuto questi risultati:

Num. dei malati	Sifilide	Percentuale	
17	Certa	62,96	77,77
4	Probabile	14,81	
4	Non esclusa	14,81	
2	Esclusa	7,40	

In 10 casi l'esame fu del tutto negativo per l'infezione celtica, ma gli anamnestici non erano noti. Essa mi dà una percentuale del 62,96 0[0, che colle sifilidi probabili sale al 77,77 0[0. Esclusa assolutamente nel 7,40 0[0.

I seguenti autori hanno ritrovata la sifilide nella paralisi progressiva con queste percentuali:

Eickholt	11,60	0[0
Kundt	11,60-12,70	»
Obersteiner	21,60	»
Byormströn	24,00	»
Brie	31,00	»

Ziehn	33,00-43,00 0[0
Fürstner . . . . , ...	33,00-40,00 »
Lange	33,00-51,00 »
Goldsmith	33,00 »
Rieger	33,00-45,00 »
Ascher	34,70 »
Nasse	35,00 »
Renaud	35,00 »
Korsakaw	40,00-72,00 »
Cullerre	42,00 »
Iacobson	43,00-52,00 »
Graf	44,00 »
Koshenikow :	45,16-60,00 »
Kiernan	46,00 »
Wahrendorf	50,00 »
Binswanger	50,00-64,00 »
Burkardt	50,00 »
Goldstein	50,00 »
Gerlach	50,50 »
Iostroivitz	51,00 »
Pontoppidan	52,00 »
Erb	52,00 »
Le Felliâtre	55,00 »
De Seuna	56,20 »
Mierzejewski	60,00 »
Fischer	60,00 »
Petersni	60,00-70,00 »
Pierson	60,50 »
Dietz	61,40 »
Oebeke	62,00 »
Thomsen	62,00 »
Cristiani di Lucca	64,00 »
Folsom . . . . , ...	66,00 »

Hirt	61,10	0[0
Bonnet	66,60-80,20	»
Baunister	72,00-88,00	»
Spillmann e Dengler	72,00-89,00	»
Sokolowski	73,30-83,00	»
Reinhardt	73,30-80,00	»
Cuylits	75,00	»
Mendel	75,00	»
Honsberg	75,70-86,90	»
Rohmell	72,20-76,80	»
Iespersen	77,20	»
Grill	78,41	»
Rumpf	80,00	»
Mac-Dowall	80,00	»
Savage	80,00	»
Anglade	81,80-93,40	»
Minor	86,00	»
Hovalewsky	86,70	»
Dengler	93,00	»
Reinhardt	93,00	»
Régis	94,00	»

E fattane la media si ha che nella
par. prog. s' incontra la sifilide nel 61,19 0[0 dei casi
» » post-tab. » » » 62,96 » »
o » » » 77,77 » »
quando si considerino come certe, le sifilidi probabili.

La sifilide é dunque più frequente nella paralisi progressiva post-tabetica che nella classica. A che è dovuta questa differenza? Rare sono le tabi senza sifilide (benchè se ne siano avuti esempii come vedremo in seguito), più rare che nella paralisi progressiva. Da questo si comprende il maggior numero di sifilidi pregresse nella paralisi venuta dopo la tabe.

Riporto qui alcune statistiche riguardanti la sifilide negli anamnestici di individui tabetici:

Quinquaud	ha avuto il	100,00 0[0		
Fournier	» »	91,00 »		
Raymond	» »	90,00 »		
Althaus	» »	90,00 »		87,20 0[0
Erb	» »	89,20 »		
Minor	» »	87,00 »		
Rumpf	»	80,00-85,00 »		
Strümpell	» »	61,90 »		

Esmark e Iessen furono i primi nel 1857 a considerare la paralisi progressiva sempre come prodotto di una affezione sifilitica. Il Fournier, 22 anni dopo, riprese l'idea di quegli autori e col suo classico libro *La syphilis du cerveau* dette valore e autorità a questa teoria, la quale infatti, prima in Germania, poi in Francia, ebbe degli strenui sostenitori, nell'Erb e nel Régis. Le statistiche, come abbiamo visto, non si fecero attendere, ed il Fournier, basandosi su queste, entró nell'assoluta convinzione, che esista un rapporto di causa ad effetto tra sifilide e paralisi progressiva. Nessuna ragione, nessuna obbiezione lo scuote dal suo convincimento; egli non discute, afferma.

Se impressionano le alte statistiche di Régis, di Dengler, di Reinhardt, non meno meraviglia suscitano quelle bassissime del Nicolau che, su 101 malati, ha trovato la sifilide solo in 4; del Kundt, il quale, per quanto minuzioso nelle indagini, ha toccato solo il 12 0[0; del Morselli che appena in un quinto, o tutto al più in un quarto dei paralitici veri, ha trovato antecedenti sifilitici *sicuri*; dell'Angiolella il cui massimo è del 28 0[0. Evidentemente queste forti differenze fra le statistiche si debbono alla

diversità dei criterii coi quali si sono intraprese le ricerche. Così le statistiche minime debbono trovare la loro origine nel fatto, che gli autori hanno considerato come antichi sifilitici, quei soli casi nei quali si è potuta *con certezza* stabilire una pregressa ulcera dura o manifestazioni secondarie d' indubbia natura: come ci fa sapere il Morselli che per la sua statistica ha tenuto solo conto « dell'ulcero infettante cui susseguirono manifestazioni di lues generale ».

Ora se questi autori sono forse troppo tassativi nel voler considerare la sifilide in questi soli casi, giacchè sappiamo che vi sono pur troppo sifilidi ignorate e che non lasciano traccia di ulcera o non dettero luogo a fenomeni secondarii manifesti, nello stesso modo, a parer mio, esagerano coloro i quali vedono in ogni uomo un sifilitico antico o un candidato alla sifilide. Ad esempio, i neuropatologi tedeschi capitanati da Erb, quando studiano l'eziologia della tabe, che ha così intimi rapporti, almeno apparentemente, colla paralisi, mettono in conto della sifilide tutte le forme di contagio d'origine sessuale, dall'ulcera che i sifilografi dicono semplice o venerea alla blenorragia.

E questo, secondo me, è una esagerazione grandissima, una opinione insostenibile. Poichè, se così fosse, il mondo sarebbe ridotto ad un grande sifilicomio; il gonococco di Neisser, il bacillo del Ducrey sarebbero parti fantastici dei più illustri batteriologhi e patologi. E questi *« unicisti »*, come li vorrebbe chiamare il Morselli, in qual modo metterebbero d' accordo il postulato stabilito dalla sifilografia che, cioé, fino a quando dura il virus sifilitico nell'organismo, questo è refrattario ad una nuova infezione celtica, col fatto che in uno stesso individuo le ulceri cosidette semplici o veneree e le blenorragie si sono susseguite parecchie volte a distanza magari di pochi mesi, quando *certa-*

mente il supposto virus sifilitico non si sarebbe potuto attenuare, né con più forte ragione eliminare del tutto?

Altra causa di errore, nelle statistiche alte, si ha perchè gli autori non distinguono con esatta anamnesi i casi in cui la sifilide fu contratta dal paralitico quando già il processo morboso della paralisi era in corso, e, sopratutto, nel periodo di esaltamento, durante il quale l'ammalato si abbandona ad ogni sorta di eccessi.

Il Morselli nelle note all'edizione italiana del Trattato di Medicina di Charcot e Bouchard narra di aver veduto tre casi, confortati da una minuziosa e precisa anamnesi, nei quali la lues era stata contratta nel periodo iniziale della paralisi; risultando così non già un momento causale, ma anzi una risultante del processo morboso paralitico. Kiernan riporta 10 osservazioni simili. (1)

Ultimamente poi al Congresso medico internazionale di Mosca il Krafft-Ebing, per portare nuovo contributo alla teoria parasifilitica della paralisi, ha presentato la relazione di 9 casi di paralisi studiati da un alienista che voleva conservare l'incognito. Questo scienziato racconta che, inoculata in tutti questi paralitici la sifilide, non attecchì. Da questo fatto arguisce che veramente i detti malati erano antichi sifilitici e come tali, la lues doveva essere il solo momento etiologico della paralisi. A questa esperienza che parrebbe decisiva sono facili le obbiezioni serie. In Patologia si sa oramai da tutti che vi sono bacilli e virus antagonisti, anzi su questo postulato si fondano o si fondavano parecchi tentativi di cura. Ora non si potrebbe pensare che il processo paralitico possa opporsi all'attecchimen-

(1) Io stesso ultimamente ho potuto studiare nel Manicomio diretto dal Dottor Mandalari un individuo quarantenne, il quale, già paralitico (periodo iniziale), contrasse sifilide. Nel Maggio u. sc. morì: all'autopsia si trovarono le lesioni della paralisi progressiva.

to della sifilide ? E in secondo luogo, non volendo pensare a ció, il risultato negativo della inoculazione del virus sifilitico non potrebbe esser dovuto ad una sifilide contratta nel periodo iniziale della paralisi progressiva?

Non si puó dire per mancanza di dati precisi se, allo scoppiare della lues, una cura energica antisifilitica allontani il pericolo delle intossicazioni parasifilitiche; lo si può solo supporre dal fatto che, la maggior parte dei miei infermi apparteneva alle classi meno colte della società, le quali, come é noto, non si curano affatto o si curano malamente. Noi sappiamo anche inoltre che la sifilide può passare inosservata: ora sono appunto queste le sifilidi che dovrebbero predisporre alla tabe o alla paralisi progressiva; sifilidi le quali non vengono naturalmente curate.

INTOSSICAZIONE ALCOOLICA — L'abuso dell'alcool si riscontra nel 57, 14 0[0 dei casi di paralisi progressiva preceduta da tabe; si esclude nel 42,85 0[0.

Num. dei casi	Alcool	Percentuale
12	Certo	57,14
9	Escluso	42,85
16	Mancano le notizie . .	»
37		

Mendel indica l'abuso dell'alcool come causa indubbia della paralisi progressiva genuina. Importante è quanto si è notato specialmente a Parigi: che si verificherebbe, cioè, un accrescimento parallelo del numero dei casi di paralisi generale e di delirio alcoolico.

Le statistiche dei diversi autori oscillano fra il 3,40 e il 75,00 0[0. Eccone alcune:

Westphal	3,40	0[0
Siemerling	5,00	»
Lange	17,00	»
Ziehen	17,00	»
Bjorstion	21,60	»
Stark	22,70	»
Eiel	24,00	»
Ascher	37,00	»
Oebeke	43,00	»
Mairet e Vires	48,00	»
Macdonald	75,00	»

Mettendo in rapporto la mia statistica colla risultante percentuale media degli autori, si può concludere che, dato un individuo tabetico, l' abuso dell'alcool lo predisponga assai alla paralisi progressiva.

Paralisi progressiva	28,52	0[0
» » post-tabetica	57,14	»

Strapazzi fisici — Secondo Hirschl, gli strapazzi fisici nella demenza paralitica classica sono notati solo di rado e non sembrano essere in rapporto di causa colla malattia. Ma poichè nella paralisi progressiva post-tabetica li ho osservati in 10 casi, cioè nel 35,72 0[0, a me pare si possa pensare che negli ammalati di tabe le cause debilitanti fisiche aumentino la probabilità di una successiva paralisi.

Trauma capitis — Gli scrittori sulla etiologia della

demenza paralitica genuina danno per il trauma al capo queste cifre:

Siemerling e Westphal	1,40 0[0]
Oebeke	5,00 »
Ascher	9,00 »
Hirschl	7,40 »
Meyer	18,00 »
Bergmann	18,30 »
Mairet e Vires	8,00 »

Anche il Morselli, per osservazioni dirette fatte da lui specialmente fra gli operai delle grandi industrie e quelli ferroviarii, crede, insieme col Vallon, alla influenza del *trauma capitis* nello sviluppo del processo morboso.

Noi abbiamo avuto una percentuale quasi del doppio più alta (19,05 0[0]), il che ci dimostra, che, se il *trauma capitis* è di per sè momento etiologico non disprezzabile nella paralisi progressiva genuina, nel tabetico è di prognosi ancora più infausta.

Paralisi progressiva	11,04 0[0]
» » post-tabetica .	19,05 »

Eccessi diversi e cause morali — Raggruppando, per non fare troppe suddivisioni, sotto il titolo unico « *eccessi diversi e cause morali* » gli abusi venerei, gli eccessi di lavoro mentale, i patemi di animo, e paragonando le percentuali di loro frequenza colla percentuale di Mairet e Vires per la paralisi progressiva, si vede come queste cause siano del doppio più frequenti nella paralisi generale preceduta dalla tabe di quello che non siano nella demenza paralitica. Il Mor-

s e l l i (1) dà importanza etiologica allo strapazzo cerebrale nella paralisi progressiva (lo ha trovato nel 16 0[0), la quale egli crede indubbiamente basata su di un fondo di esaurimento.

Le cifre qui sotto indicate sono abbastanza eloquenti: per la

Paralisi progressiva . . . . . . 17,70 0[0
» » post-tabetica . 33,98 »

Cause diverse — In un caso di nostra osservazione non si é potuto trovare altra causa etiologica che il vaiuolo a 21 anno in un individuo che aveva eredità reumatica nei suoi ascendenti. La tabe scoppió dopo pochi mesi.

Nella osservazione di M a g n a n si tratfava di una donna di casa eccessivamente laboriosa, che a 43 anni entrò nella menopausa: pochissimo tempo dopo scoppiò la tabe che doveva poi in ultimo essere seguita dalla paralisi progressiva.

*
* *

Riassumendo, si può dire che, come avviene per la tabe e per la paralisi progressiva, un unico assoluto momento etiologico non si può determinare. La paralisi progressiva post-tabetica sorge da un complesso di cause, fra le quali, quella di maggior importanza, è l'eredità discrasica e nervosa in genere, seguita subito dopo dall'infezione sifilitica, dalle forti fatiche, dalla intossicazione alcoolica e dagli abusi di Venere, dai patemi d'animo e dal lavoro mentale. Mettendo ora in rapporto i diversi momenti occasionali, pare a me di poter asserire che, nessuno di essi possa da solo dar

(1) Gilbert Ballet et Paul Blocq — Paralisi generale progressiva — Trattato di Medicina, Vol. VI, parte III, pag. 12.

luogo alla malattia in questione, ma sia necessaria la concomitanza di tre cause. È però doveroso anche dire, che, ove la labe gentilizia sia molto grave, possono bastare questa e un altro momento etiologico, principalissimi la sifilide e l'alcool.

Ma la sifilide non è la *conditio sine qua non*. Per sostenere questa idea basterebbe poter dimostrare che magari in un solo caso fu esclusa assolutamente la sifilide. Ora in due nostre osservazioni lo è, sia per l'anamnesi, sia per l'esame del malato; esame che dette risultato negativo per la infezione celtica. Ma anche il Colella (1) in un articolo sulla *Patogenesi delle atrofie muscolari e dei disturbi psichici nella tabe dorsale,* riporta il caso di un uomo di 45 anni nel quale esclude sifilide; ed il Kalischer (2) pure descrive due casi di tabe dorsale in una donna e nel suo figliuolo, che sono interessanti sotto questo punto di vista, perchè l'anamnesi e l'esame obbiettivo dei due pazienti facevano escludere ogni traccia di pregressa sifilide.

Il Dott. Mazzocchi, inviandomi la statistica del Manicomio di Bergamo da lui diretto, con squisita cortesia mi scrive: « In 21 anno di pratica manicomiale ho osservato un solo caso di frenosi paralitica sviluppatosi nel corso della tabe dorsale in un ex-militare *non sifilitico* di anni 43, grande abusatore di donne ed anche di vino. Ciò fu l'anno 1884 ».

Per la tabe e per la paralisi progressiva, isolatamente considerate, le cause sono molteplici e varie, che si associano e si aiutano probabilmente a vicenda. Secondo me tanto per l'una come per l'altra malattia si deve parlare di *concause* e non *di causa.*

(1) Colella — Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 29 mag. 1898.
(2) Kalischer — Berlin. Klin. Wochenschrift. N. 18. Anno 1898.

Una statistica recente e assai ben fatta è quella di Oebeke (1), il qnale ha trovata la sifilide negli anamnestici di 47 individui su 100 esaminati, ma sola mai e sempre accompagnata da una o più *concause*, cioè:

eredità diretta	11	volte
costituzione neuropatica	31	»
anomalie del carattere e della personalità	29	»
eccessivo lavoro mentale e patemi	15	»
strapazzi e vita sregolata	13	»
abusi sessuali	28	»
traumi	3	»

Nei rimanenti 57 casi (in cui sifilide non vi era) accoppiavansi la costituzione neuropatica, gli abusi alcoolici, gli eccessi di lavoro ed i patemi, gli abusi sessuali, l'eredità, gli strapazzi, i traumi. Le cifre sono qui sotto indicate:

Costituzione neuropatica	46	volte
Abusi alcoolici	43	»
Eccessi di lavoro e patemi	42	»
Abusi sessuali	41	»
Eredità	22	»
Strapazzi	22	»
Traumi	5	»

Cristiani di Lucca (2) in un suo lavoro sulla etiologia della paralisi progressiva scrive: « Come fattore u-

(1) Oebeke — Zur Aetiologie d. allgem. fortschr. Paralyse; Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, vol. XLIX, 1893, pag. 1.

(2) Cristiani — Contributo alla etiologia della par. progr. — Riv. di Fren. 1893, pag, 230.

nico della paralisi progressiva ho trovata la sifilide con molta probabilità nel 10,08 0[0, la predisposizione nel 4, 59 0[0, il lavoro mentale ed emozioni nel 2,98 0[0, l'alcoolismo nel 2,79 0[0: come causa unica non ho mai veduto nè gli abusi sessuali, né il traumatismo cerebrale, nè la insolazione ».

Fra le condizioni etiologiche nei 201 paralitici da lui studiati, ha riscontrato queste percentuali: per la

sifilide	62,79	0[0
predisposizione morbosa	36,16	»
» ereditaria	36,36	»
» originaria	27,97	»
lavoro mentale ed emozioni	27,97	»
alcoolismo	20,97	»
abusi sessuali	11,88	»
traumatismo cerebrale	4,29	»
insolazione	1,43	»

ANATOMIA PATOLOGICA

Le ossa della calotta in tre autopsie erano diminuite di volume con scomparsa della diploe, in 5 ispessite, in 3 normali. Nelle autopsie degli autori non é fatto cenno alcuno; ad ogni modo però le modificazioni della calotta sono così svariate che non possono essere considerate come caratteristiche.

Encefalo — Importantissime sono invece le alterazioni delle meningi. Nelle 11 autopsie nelle quali è considerata la fisonomia della dura madre, questa é per lo più ispessita (7 volte), ricoperta nella sua faccia interna da membranelle emorragiche (3 volte), aderenti all'osso (3 volte). Fu riscontrata normale in 5. In un so-

lo caso si trovarono placche ossee nella faccia destra della gran falce. In 2 reperti anatomici si vide l'aracnoide offuscata, e sollevata per liquido sotto-aracnoideo; in 2 solamente ispessita ed opacata.

Le maggiori e più frequenti alterazioni si hanno nella pia meninge, la quale si mostra edematosa, opacata, ispessita, aderente alle circonvoluzioni cerebrali, tanto che nel levarla trae seco un po' di sostanza cerebrale. Sopra un numero di 18 autopsie, in 15 la pia madre aveva questi caratteri, negli altri parve normale. Nella paralisi progressiva senza antecedenti tabetici Ingels ha trovato in 37 casi su 40 l'aderenza della pia meninge alla sostanza cerebrale. Si nota dunque una lieve maggiore frequenza di questa nota anatomica nella demenza paralitica classica, come si può vedere dai seguenti numeri:

Aderenza della pia alle circonvoluz. cerebrali nella paralisi progressiva genuina . . . . . 92,50 0[0.
Id. nella paralisi progressiva post-tabetica 83,34 0[0.

L'aderenza della pia si riferisce in ogni caso ai lobi frontali e parietali.

Studiata la superficie dei giri cerebrali in 15 cervelli di persone già affette da demenza paralitica post-tabetica, l'ho riscontrata liscia in 3, nei rimanenti 12 presentava decorticazioni profonde. La sede di dette decorticazioni era spesso a sinistra nei giri dei lobi frontali e parietali, ed una volta a carico anche del lobo sfenoidale. Trovai diminuito di spessore il grigio corticale (7 volte), di colore variabile, ora rosso-scuro, ora pallido: la sostanza bianca edematosa, talora iperemica, talora anemica; i ventricoli laterali dilatati, ripieni di liquido ora rossastro, ora limpido, più o meno abbondante 12 volte su 16; il pavimento del IV ventricolo spesso gra-

nuloso, irregolare (in 4 autopsie); l'ependima per lo più liscio (3 su 4), ispessito una volta sola.

I rammollimenti del tronco si riscontrarono 3 volte, 2 nel corpo calloso, 1 nel nucleo lentiforme. In un reperto macroscopico, oltre le comuni lesioni, numerose cisti nei plessi corodei laterali.

I vasi cerebrali talora atrofici, tal'altra ateromasici.

Dei nervi cerebrali era colpito spesso il nervo ottico, l'oculomotore e l'abducente. Le alterazioni consistevano nell'assottigliamento e nella degenerazione grigia.

Riassumendo: non vi è una forma anatomica caratteristica della paralisi progressiva post-tabem, almeno per quanto ci è lecito dedurre dalle nostre autopsie; nel maggior numero di esse l'alterazione era rappresentata dalla leptomeningite.

Num. dei casi	Anatomia patologica dell' encefalo	Percentuale
2	Pachimeningite emorragica . . .	10,00
8	Leptomeningite	40,00
5	Pachi-leptomeningite	25,00
2	Atrofia dei giri cerebrali	10,00
11	Dilatazione dei ventricoli laterali .	55,00
7	Ependimite	35,00

Midollo spinale — Il midollo spinale lo trovai diminuito di volume e consistenza nel suo complesso 5 volte su 13: la dura meninge integra nella grande maggioranza dei casi; la pia madre ispessita e biancastra 6 volte su 8; aderenze della meninge alla sostanza midollare una sola volta; in una sezione cadaverica ispessimento a placche cartilaginee.

I cordoni posteriori sono sempre degenerati. Su 18 esami macroscopici di midollo spinale in questo era sclerosato, dei rimanenti si sa che furono dagli autori riscontrate le caratteristiche lesioni della tabe. Le lesioni dei cordoni posteriori sono quindi costanti, e di essi sono presi più specialmente il fascio di Burdach e di Goll. Le lesioni consistono in degenerazione grigia. La sede varia, le alterazioni sono più frequenti peró nel segmento lombare, o almeno da questo si dipartono per toccar poi, ma meno gravemente, anche il segmento cervicale.

Sulle radici nervose spinali abbiamo solo 5 osservazioni, ma in tutte e 5 vi si nota degenerazione grigia, atrofia delle radici posteriori, mentre quelle anteriori appaiono sane. Anche nel midollo non vi è unità di lesioni; qui la nostra percentuale dá ancora la prevalenza alle alterazioni della pia e alla degenerazione grigia dei cordoni.

Num. dei malati	Anatomia patologica del midollo	Percentuale
3	Pachimeningite	15,00
2	» con placche ossee.	10,00
5	Leptomeningite	25,00
2	Atrofia dei cordoni posteriori . .	10,00
5	Degenerazione grigia	25,00
3	Sclerosi dei cordoni	15,00

Dunque le differenze anatomiche fra paralisi progressiva genuina e post-tabetica sono rappresentate in questa dal sommarsi in uno stesso individuo delle altera-

zioni paralitiche e tabetiche; con prevalenza della forma leptomeningitica tanto cerebrale quanto spinale.

ESAME DEI SINTOMI

Dalle mie ricerche ho ricavato quanto segue; a carico dei:

1) *Nervi cranici.*

Il 3° paio fu trovato affetto in 4 casi; il 6° in 8. I muscoli innervati dal facciale inferiore ipotonici o paralizzati 12 volte; quegli animati dal facciale superiore e inferiore 5; 1 volta paresi dei muscoli sotto il dominio del 10°; 19 volte il 12° non fu riscontrato integro — Degli altri infermi nulla si sa.

Dei nervi cranici il più frequentemente ammalato è l'ipoglosso, seguito subito dopo dal facciale e dall'abducente.

La relativa frequenza delle paralisi muscolari del globo oculare (35.13 0[0) nella demenza paralitica post-tabetica è d'una certa importanza diagnostica per differenziare questi paralitici dai paralitici classici. Infatti le paralisi dei muscoli oculari sono in questi ultimi molto rare, e, come ha fatto osservare A. Marie, (1) s'incontrerebbero nel 7 0[0, avendoli questo autore notati solo 21 volte su 300 e sempre nei casi in cui i sintomi di tabe hanno preceduto quelli della paralisi progressiva.

2) *Arti superiori e inferiori.*

Negli arti superiori i movimenti attivi erano incerti o

(1) A. Marie — Troubles oculaires dans la paralysie générale; Thèse de Paris, 1890 —

incoordinati in 9 casi; negli arti inferiori in 11, per gli altri casi mancavano le notizie, si sa però che in uno si erano mantenuti buoni.

I movimenti passivi in un malato provocavano dolore, in un altro erano limitati.

3) *Deambulazione.*

In 8 storie cliniche la deambulazione è descritta impossibile o quasi: difficilissima in 12, incerta in 13; buona in una sola. Il carattere predominante nella deambulazione di questi malati è di lanciare le gambe all'infuori, di battere il tallone sul suolo, di fare passi piccoli e a gambe divaricate. Generalmente è anche irregolare ed oscillante.

È qui opportuno di notare la differenza che si trova fra l'incedere del paralitico generale e di quello post. tabetico. In questo si conserva il carattere nettamente tabetico, aggravato però da ció che, mentre nel decorso della semplice tabe il malato ha *dolorosa coscienza del suo disturbo di equilibrio,* divenuto anche paralitico lancia le gambe all'infuori, batte il tallone sul suolo, fa passi piccoli a gambe divaricate (carattere comune col paralitico genuino) e generalmente incede in modo irregolare e oscillante: inoltre *inciampa e barcolla senza farvi attenzione.* L'incesso del paralitico costituisce, come del resto quello del tabetico, un tipo a sé detto appunto dal Blocq (1) *paralitico o titubante.*

4) *Tremori.*

Li ho riscontrati specialmente a carico della lingua, poi dei muscoli che circondano l'apertura orale e final-

(1) Paul Blocq—Les troubles de la marche dans les maladies nerveuses: Paris 1893.

mente di quelli delle mani. Infatti 22 volte i tremori erano palesi alla lingua, 16 ai muscoli periorali (mi si permetta l'espressione), 13 alle mani; una sola volta erano presenti anche nelle braccia. Il clono della lingua manifesto in un unico infermo. I tremori sono quindi costanti nella paralisi progressiva post-tabetica.

Sono dessi in generale finissimi, dirò così delicati, a carattere fibrillare nella lingua e muscoli limitanti la rima boccale; oscillatorii nelle mani e nelle dita.

Sempre, o almeno con somma frequenza i tremori non sono a carico della sola lingua o delle sole mani, bensí a carico della lingua e dei muscoli che circondano l'apertura orale o della lingua e delle mani. In un unico caso ho riscontrato tremori isolati della lingua. Questi tremori danno per conseguenza una disarmonia di movimenti rilevabili soprattutto nella scrittura e nel linguaggio.

5) *Linguaggio parlato e scritto.*

Il linguaggio grafico ha il carattere nettamente paralitico, presenta cioè *discenesiografie, disendografie e dislogografie.* Il tremore e l'incoordinazione producono il non parallelismo delle linee, l'irregolarità delle lettere, i cui tratti sono spezzati, tortuosi, specie nelle gambe più lunghe.

Per l'incoordinazione dei movimenti nel tabetico si può è vero, ottenere una scrittura disuguale e tremula, ma non l'avremo giammai a tal grado, nè vi saranno elisioni di sillabe, sostituzione di parole, e neppure le caratteristiche dei disturbi ideativi, che nella paralisi sono l'immagine vera e genuina del delirio, dell'incoerenza, dell'indebolimento psichico progressivo. Sopra 11 osservazioni in 5 la scrittura ha i caratteri descritti; degli altri 6 nulla si sa.

Più frequenti e più gravi sono i disturbi del linguaggio

parlato, che specialmente consistono in *dislogie*, *disfasie* (più rare) e *disartrie*. Tutti i malati, meno una piccola parte trascurabile, hanno la parola difficile, vi è *inciampamento delle sillabe*, come dice il Kussmaul; nella dizione non conservano uguale distanza fra sillaba e sillaba; talora si ha lo scandimeuto che io ho trovato 2 volte in 30 soggetti (6,66 0[0). In questo numero di malati una sola volta ho riscontrato normale il linguaggio parlato; negli altri i disturbi erano dei più caratteristici.

6) *Sfinteri*.

Sei volte il detrusore della vescica era paretico o paralizzato del tutto: dieci volte si é notato paresi o paralisi dello sfintere.

In 3 casi si notavano disturbi di vescica, senza poter stabilire se fossero a carico del detrusore o dello sfintere. Lo sfintere del retto paralizzato 6 volte. Tenesmo o costipazione rettale 4 volte.

Concludendo: i disturbi di vescica sono più frequenti dei rettali, e fra quelli tiene il primo posto la paresi dello sfintere.

7) *Forza muscolare*.

Su 8 malati questa si riscontró buona in 7, diminuita solo in 1. — Secondo noi quindi non vi sarebbe nessuna diminuzione della forza muscolare; ciò nullameno non lo crediamo, tenuto conto delle ricerche praticate su questo argomento per la tabe e la paralisi progressiva da tanti autori fededegni, ricerche che rilevarono sempre un certo grado di paresi nei muscoli degli arti e che Chambard fra tanti ha voluto praticare comparativamente fra gente sana, pazzi e dementi paralitici, ritrovando costantemente una diminuzione di potenza mu-

scolare nelle prove dinamometriche. Attribuiamo quindi i nostri risultati a mera combinazione casuistica.

8) *Pupille.*

I disturbi oculari hanno una importanza capitale e costituiscono una manifestazione di primo ordine. Il Ballet (1) nel 1893 pubblicava appunto una bella monografia nella quale insisteva sul valore diagnostico di detti disturbi nella paralisi progressiva.

Lo stesso si può dire per la paralisi progressiva post-tabetica.

La lesione oculare principe é l' *oftalmoplegia interna a sviluppo graduale e progressivo* che si rileva per tempo colla ineguaglianza pupillare. Vediamo infatti che sopra 37 infermi, 17 avevano anisocoria. La pupilla destra si mostra più ampia della sinistra in 7 soggetti mentre solo in 4 la pupilla sinistra è più ampia della destra. Negli altri 6 non é specificato quale delle due sia maggiore. Dei 9 casi in cui le pupille erano simmetricamente uguali, 4 volte si presentavano miotiche, 3 midriatiche, una sola volta di media grandezza. Degli altri 7 nulla si può dire, mancando le storie cliniche ben circostanziate. Questo sintoma (ineguaglianza pupillare) messo in evidenza da Baillarger per la paralisi progressiva, fu confermato per primo dal Verga, seguito da tutti quanti gli altri osservatori.

Sull' anisocoria vi sono molte statistiche, ed io ne cito parecchie togliendole dalle note del Morselli alla paralisi generale del Ballet, poichè mi pare interessante stabilire dei confronti:

---

(1) Gilbert Ballet; Les troubles oculaires dans la paralysie générale progressive — *Le Progrès médical, 10 Giugno 1893, n. 23, pag. 433.*

Moreau de Tours . . . . . . : .	58,00	0[0
Mobèche	61,00	»
Mendel	60,00	»
Seiferte e Boy	66,00	»
Doutrebente	75,00	»
Sollier	75,0C-100,00	»
Morselli nei casi di sicura diagnosi .	100,00	»
M. Renaud	65,00	»

Nei paralitici al contrario di quanto avviene nella tabe le pupille allorchè restano uguali, la midriasi è la regola, la miosi é l' eccezione (3 volte su 57 casi secondo Ballet (1)).

Il sintoma di Argyll-Robertson è evidente in ambedue le pupille in 11 casi; in 2 esiste solo a destra. È abolito tanto il riflesso alla luce quanto all' accomodazione in 5, si ha torpidezza e rigidità pupillare solo a sinistra, in tre. Nei rimanenti 10 infermi mancano le notizie in proposito.

Osservando quindi che, laddove la storia era completa, si è riscontrato sempre disturbi pupillari, possiamo concludere, che essi non mancano mai nel decorso della malattia, che l' abolizione del riflesso irideo alla luce è il sintoma più sicuro, seguito immediatamente dall' anisocoria, ultima di tutte l'abolizione completa del riflesso alla luce e all' accomodazione. La deformazione delle pupillle pare molto rara, avendola riscontrata solo due volte su 37.

---

(1) Trattato di Medicina di Charcot e Bouchard – *La paralisi generale di Ballet e Blocq.*

9) *Riflessi.*

La maggior parte delle volte i riflessi patellari sono aboliti da ambe le parti.

Sopra 19 soggetti, in 16 mancavano completamente; in uno abolito a destra, ritardato a sinistra; in un secondo vivace a sinistra, normale a destra; in un terzo esagerati a destra e a sinistra.

Seppilli, Shaw, Ioffroy, Claus, Moeli, Bianchi, Bettencourt-Rodrigues, Siemmerling, Sollier, Briand, Marandon de Montyel studiarono a fondo il comportarsi dei riflessi, specie di quello rotuleo, nella paralisi progressiva.

Percentuale delle modificazioni dei riflessi rotulei nella paralisi progressiva

Autori	Conservati	Esagerati	Aboliti
Renaud (1) . .	13, 42	72, 19	13, 68
Morselli (2) . .	20, 00	65, 00	15, 00

La percentuale media di questi autori confrontata, colle cifre da me trovate mostra la grande importanza diagnostica di questo sintoma.

Percentuale comparativa pei riflessi rotulei

	Conservati	Esagerati	Aboliti
Paralisi generale . . .	16, 71	68, 59	14, 34
» » post-tabet.	—	10, 52	89, 47

(1) *Renaud* — Étude des réflexes dans la paralysie générale — *Thèse de Paris, 1893, N. 214.*
(2) *Morselli* — Note alla paralisi progressiva di *Ballet*, — *Ediz. Ital. pag.* 27.

I riflessi cutanei, su 10 osservazioni, in 3 erano conservati; gli addominali in 4 erano pigri, in 1 aboliti, in un altro pronti: due volte pigri i plantari, una aboliti.

È da notarsi che mentre i plantari e gli addominali si sono trovati alterati anche da soli, i cremasterici mancavano o erano deboli, laddove mancavano o erano pigri gli addominali.

Secondo Renaud (1) i riflessi cutanei sono alterati nel 66, 66 0[0 dei paralitici genuini; ma un confronto fra i miei e i suoi risultati non si può fare, causa la sproporzione fra i casi considerati da lui (482) e da me (37).

Per i riflessi degli arti superiori nulla posso dire. In due individui nei quali fu studiato il comportarsi di essi, mancavano completamente.

10) *Sensi specifici.*

Studiando il modo di comportarsi dei sensi specifici, in 15 storie cliniche ho veduto che in 8 di esse eravi amaurosi bilaterale; amaurosi solo a sinistra in una.

L' acutezza visiva era più o meno indebolita in 9. Notai un unico caso di discromatopsia.

Su 15 esami obbiettivi completi per quel che riguarda la sensibilità specifica, in 2 individui vi era alterazione dell' olfatto; in 1 anosmia completa, in un altro anosmia solo a sinistra. Fra tutti e 37 gli infermi due soli esempii di alterazione del gusto e dell' udito.

Dunque per la sensibilità specifica il primo posto è tenuto nella paralisi progressiva post-tabetica dai disturbi visivi. Anche nella demenza paralitica semplice secondo Oppenheim e Thomsen, Kornfeld e

(1) Renaud — *Loc. cit.*

Bikeles, e la scuola di Lombroso si incontrano di sovente, talora fin dai primi stadii, restringimento del campo visivo, discromatopsia, alterazioni nella perimetria dei varii colori.

11) *Sensibilità provocata.*

Nella malattia che stiamo studiando la sensibilità generale è, si può dire, costantemente alterata. Nel 96,77 0[0 dei nostri casi si notano disturbi della sensibilità tattile, dolorifica, termica e del senso muscolare. Ciò é naturale conseguenza della tabe che ha iniziato la paralisi progressiva, inquantochè é noto che la sensibilità in quella malattia è sempre alterata, al contrario di quanto avviene per la demenza paralitica genuina nella quale i disturbi della sensibilità sono affatto eccezionali, anzi secondo il Ballet, dovrebbero addirittura mancare, e qualora fossero notati, « questi disturbi dovrebbero dipendere piuttosto dall' intervento e dall' associazione dell' alcoolismo e dell' isterismo ».

Salta quindi subito all' occhio l' importanza diagnostica di questo fatto, come quello che può darci un indizio del modo col quale incominciò la malattia in quei casi, e sono purtroppo di gran lunga frequenti, nei quali mancano gli antecedenti anamnestici.

La forma di sensibilità più alterata in questa malattia è la dolorifica, la quale si é mostrata 16 volte diminuita o abolita del tutto; ma in generale però diminuita: una sola volta aumentata; cinque volte disturbi del senso muscolare; quattro ritardo o diminuzione delle sensazioni tattili; il senso termico quantitativamente diminuito due volte; in due casi si notava difetto di localizzazione.

I disturbi della sensibilità generale sono in grande maggioranza a carico degli arti inferiori. Le alterazioni del senso dolorifico le ho incontrate isolate in tredi-

ci ammalati, negli altri erano associate a disturbi di altre forme di sensibilità.

La sensibilitá era poi normalmente conservata in un solo individuo.

12) *Sensibilità subbiettiva.*

I dolori folgoranti agli arti inferiori e quegli a cintura all' addome sono frequenti, li ho visti in 8 casi. Le cefalee e le parestesie negli arti e nel territorio del VII.° paio in 9: una volta sensazione di acqua corrente sotto la pelle del dorso, e una seconda volta sensazioni bizzarre al petto: in un infermo senso di ipertermia generale.

È bene fare osservare che nella paralisi progressiva invece, all' infuori della cefalea, tutto il resto è affatto eccezionale.

13) *Disturbi trofici.*

I disturbi trofici non sono eccessivamente rari nel decorso 'della paralisi progressiva post-tabetica; essi si sviluppano specie a carico degli arti inferiori e delle dita dei piedi. Avemmo infatti necrosi del mignolo, doppio mal perforante, distrazioni ripetute tibiotarsiche, artropatia al ginocchio e all' anca destra, contratture.

Nella paralisi progressiva genuina pure le artropatie si trovano, ma sono sempre rarissime, anzi i pochi casi riferiti da S*h*avv e da Sterne non sono da prendersi in seria considerazione, perché gli ammalati dei quali si tratta erano tabetici verificati o almeno supposti tali.

14) *Organi interni.*

I principali, e per lo più gli unici disturbi, stanno a carico del cuore e delle arterie.

Il vizio aortico pare più frequente del vizio mitralico. L' arteriosclerosi è comune: é vero che nelle storie pub-

blicate dai diversi autori se ne trova speciale menzione una volta sola per avere trovata quella sul tavolo anatomico, ma questo numero aumenta considerevolmente, se si pensa che nelle mie 11 osservazioni, 8 volte l'ho riscontrata all'autopsia; per gli altri 3 casi questa non fu permessa. Si raggiunge così la cifra di 12 osservazioni su 37. Un terzo dunque dei nostri malati sono stati arteriosclerotici. Questa cifra è abbastanza elevata, ma acquista un valore anche maggiore se si pensi che l'arteriosclerosi fu sempre incontrata nelle mie autopsie: ciò che fa arguire che pur nelle osservazioni degli autori vi dovesse essere benchè questi non ne abbiano fatto parola.

15) *Memoria.*

Di 22 casi, nei quali la memoria fu bene studiata, in 2 ad un esame superficiale, pareva mantenuta, in 1 discreta; diminuita, abolita o fortemente scossa in 17; in 2 alterata pei fatti recenti e discreta per i remoti.

La memoria è dunque nella maggioranza dei malati assai lesa; ed ha gli stessi caratteri che ha nella paralisi generale.

16) *Sentimenti.*

Gravi lesioni a carico di questi pare non vi siano. L'amore per la famiglia l'ho in tutti i casi osservato integro; i sentimenti etici e religiosi sono i più facili a perdersi.

L'affettività è ora esagerata, ora scarsa, poche volte normale. Sopra 12 storie cliniche, nelle quali è tenuto conto esplicitamente di essa, ho ritrovato: 5 volte esagerazione: 4 deficienza: in 2 soli malati conservata; in 1 abolita.

17) *Disturbi sensoriali.*

Vi è molta controversia fra gli autori, se nel decorso della paralisi progressiva si osservino allucinazioni. Vi è chi, come il Cristian e il Ritti, ammette che pochi siano i paralitici senza allucinazioni: il Magnan, l'Hagen, il Dagonet, il Krafft-Ebing le credono rare. Hupifert trova nella mancanza di allucinazioni, un carattere della paralisi progressiva. Altri infine le ammettono, ma come portato dell'alcoolismo.

Abbiamo ricercato nella paralisi progressiva post-tabetica questi disturbi del sensorio ed abbiamo trovato quanto segue: Le allucinazioni pare non siano molto frequenti; 7 in 22 soggetti, di cui la più parte erano uditive (in numero di 6), 4 visive, una non determinata.

Un infermo correggeva le allucinazioni visive. Rarissime sembrano quelle olfattive, riscontrate da me in un solo caso pubblicato da Rougier.

Le allucinazioni dove gli eccessi alcoolici erano sicuri, parecchie volte sono mancate, e d'altro canto, vi furono casi di paralitici post-tabetici, non alcoolizzati, nei quali pur vi erano.

Pare a me quindi che l'opinione emessa da alcuni sia troppo esclusiva e che invece si debbano ammettere le allucinazioni quali possibili fenomeni naturali della malattia, senza pensare ad altre cause.

18) *Idee deliranti.*

Le idee deliranti sono la regola, la mancanza l'eccezione. In 37 individui il delirio mancò una volta sola, nel 2.70 0[0 cioè, ma in sua vece vi era lo stato depressivo, apatico. In ciò la malattia che stiamo trattando si discosta dalla paralisi progressiva classica, nella quale, come si sa, il delirio é incostante.

Percentuale comparativa per il delirio

Autori	Paralisi generale		Paralisi generale post-tabetica	
	con delirio	senza delirio	con delirio	senza delirio
Ballet	65,45	34, 54	»	»
I. Ballen	15,00	85,00	»	»
Garbini	»	»	97,30	2,70

Le idee deliranti nei paralitici post-tabetici sono di soddisfazione, di orgoglio, di grandezza, che noi, per brevità e semplicità, raggruppiamo sotto il nome di *delirio espansivo*; o rivestono la forma di *delirio depressivo*, comprendendo il tipo melanconico, ipocondriaco, persecutorio.

Il delirio espansivo ha su tutti il predominio (21 volte su 34 ossia il 61,76 0[0 dei casi accompagnati da idee deliranti), mentre il depressivo si osserva 7 volte (20,58 0[0)isolato, e si mostrò 6 volte alternato col delirio espansivo (17.64 0[0).

La forma clinica prevalente è la maniaca tanto nella paralisi progressiva genuina quanto in quella post-tabetica, come possiamo rilevare dalle percentuali di Bullen, Ballet, Lojacono e dalle mie che furono il resultato dello studio di 37 osservazioni.

Percentuali delle forme cliniche secondo gli Autori

Autori	Paralisi progressiva				Paralisi progressiva post-tabetica			
	Forma espansiva	Forma depressiva	Forma circolare	Forma demente	Forma espansiva	Forma depressiva	Forma mista	Forma demente
I. Bullen . . .	64,00	13,00	»	»	»	»	»	»
Ballet	53,84	19,24	26,92	»	»	»	»	»
Loiacono . .	U. 56,00	16,00	»	»	»	»	»	»
	D. 44,00	11,00	»	33,00	»	»	»	»
Garbini . . .	»	»	»	»	56,76	18,91	16,21	8,10

19) *Complicazioni.*

Attacchi apoplettiformi ed epilettiformi — Questi sono proprio caratteristici della paralisi progressiva e si incontrano spessissimo. Dodici malati ebbero durante la vita ripetuti attacchi apoplettiformi. Gli epilettiformi sono rarissimi (una sola volta). É forse interessante rilevare come questi ictus non siano mai o quasi mai mortali; generalmente si ripetono parecchie volte senza lasiare gravi relitti nella più parte dei casi.

Di attacchi afasici non ne ho osservato nessuno.

DECORSO CLINICO

A parte la labe gentilizia, discrasica e nervosa in genere, la quale, come vedemmo, è sicuramente un grande momento etiologico, tutte le altre cause occasionali: la sifilide, l' alcool, i patemi d' animo, gli eccessi venerei e fisici, le malattie d' infezione si svilupparono nell' età giovane.

Non si può nettamente stabilire la durata dello stadio di incubazione della tabe, si può solo dire che l' età preferita allo svilupparsi di essa tabe è fra i 30 e i 37 anni.

Le malattie infettive, come il vaiuolo, pare abbiano il potere di far scoppiare la malattia subito, sia pur giovane l' individuo. Infatti in una mia osservazione un giovanotto di 21 anno ebbe il vaiuolo; qualche mese dopo sorsero le prime manifestazioni tabetiche. La menopausa forse accelera il decorso della malattia: una donna perse a 43 anni le mestruazioni, pochissimo tempo dopo, i dolori lancinanti alle gambe, le parestesie ai piedi in unione cogli altri sintomi essenziali, non lasciarono dubbi sulla natura del morbo.

Benchè la tabe sia una malattia con alterazioni anatomiche ben nette ed esatte, pure il quadro nosologico ne è oltremodo svariato.

Le combinazioni dei sintomi, le particolarità variano, oserei dire, in ogni caso clinico. Si comprende quindi come non si possa assolutamente stabilire bene il sintoma iniziale, nè tampoco le manifestazioni successive. In generale però la tabe che precede la paralisi progressiva si può ridurre nosograficamente a due periodi: *il periodo iniziale e il periodo di incoordinazione.*

Periodo iniziale.

Ricercando in 33 storie il primo sintoma apparso ho avuto questi risultati:

i dolori folgoranti negli arti inferiori . . 17 volte
i disturbi di minzione . . . . 1 »
i tremori e i disturbi atassici negli arti . 4 »
le crisi rettali . . . . 2 »
i disturbi oculari (diplopia, diminuzione di vista) . . . . 6 »
gli ictus . . . . 3 »

Quindi la tabe in 33 casi si iniziò:

	Num. dei casi	Percentuale
a carattere lombo-sacrale	24	72,73
a carattere cervicale	9	27,27

Da questa statistica risulta chiaro che il sintoma più caratteristico è dovuto ai dolori lancinanti nelle membra inferiori. La loro intensità è variabile, talora sono fortissimi, talora leggeri, quasi a carattere reumatico. Per lo più si ripetono parecchie volte durante la ma-

lattia e le sofferenze degli infermi sono grandissime.

Raramente tali dolori possono aversi una volta sola, come osservai io stesso nel caso *lettera M* nel quale si ebbero solo dolori lancinanti alla coscia, che segnarono il comparire della tabe. Talora insieme coi dolori gli ammalati accusano sensazioni fastidiose (*infermo di Magnan*), di formicolio ai piedi (*infermo di Raymond*); qualche volta sensazioni bizzarre al petto (*caso n. 2*).

In questo primo periodo i dolori a cintura non li ho mai incontrati. Meno frequenti sono i sintomi a carico dell'apparecchio visivo. Essi consistono in diplopia, indebolimento della forza visiva, associato qualche volta a strabismo (*Oss. di Cristian*).

Più rari i tremori, i disturbi atassici negli arti, gli ictus. Questi possono venire di giorno e di notte, paralizzare gli arti, specie gli inferiori, come ledere uno o più nervi cerebrali (*caso N. 3*), quali ad esempio l' oculomotore, il facciale.

Rarissimi i disturbi di vescica, le crisi gastriche e rettali. Le crisi gastriche sono molto importanti, e bisogna sempre tener presente che esse possono essere l' unico sintoma accusatore della tabe, perchè spesso questi malati ricorrono al medico per essere liberati dalle sofferenze gastriche, e spesso ancora viene erroneamente diagnosticata una grave affezione di stomaco. Le crisi brusche accessionali durano qualche giorno. Il dolore cardialgico intenso, il vomito abbattono i poveri infermi, che si riducono in breve ora in uno stato deplorevole. Le crisi rettali consistono in diarree accessionali: a me non risulta se siano accompagnate da dolori.

Periodo di incoordinazione.

Il passaggio dal primo periodo al secondo, cioè a quello d' incoordinazione, talora ha luogo lentissimamente, tal'altra con grande rapidità; un limite netto fra questi

due stadii di malattia è ben difficile stabilire, come pure non si può determinare quali sintomi si succedano in rapporto al tempo. Quasi ogni caso presenta note speciali, poichè spesso risalta sopratutto un gruppo di sintomi, mentre un altro manca del tutto od è sviluppato solo assai poco.

Si possono avere remissioni, ma per lo più si può accertare un progresso lentissimo e graduale della malattia. Talora dopo il primo sintoma accusatore sorge incoordinazione di movimenti, talora artropatie e disturbi trofici, qua alterata funzionalità di vescica e di retto, là disturbi oculari, crisi gastriche, ecc. ecc.

I malati in questo periodo cominciano a notare che ad occhi chiusi e nell'oscurità non hanno più il potere di controllare i proprii movimenti, si sentono mancare l'equilibrio, poi a poco a poco non riescono che a fatica ad abbottonarsi i calzoni, la giacca.

L' incoordinazione va intanto aumentando, anche ad occhi aperti e in pieno giorno non si sentono sicuri sulle gambe, vacillano, hanno bisogno di appoggio, incespicano, cadono anche.

La disturbata funzione visiva è quasi costante nella tabe che precede la paralisi progressiva. Su 30 osservazioni essa vi era sicuramente in 23, vale a dire nel 76,77 0[0. I sintomi a carico dell' apparecchio visivo consistono in diplopia (più frequente), in amaurosi completa, in diminuzione di potenzialità visiva.

Num. dei malati	Disturbi visivi	Percentuale
8	Diplopia	34,78
6	Amaurosi	26,08
9	Disturbi diversi . . .	39,13

Talora questi sintomi restano stazionarii, qualche volta si aggravano ed anche migliorano o spariscono per non più ritornare. Valga come esempio, il malato di Nageotte in cui comparve come sintoma iniziale di tabe la diplopia, e poi, nel secondo periodo, al sorgere di altri sintomi, scomparve.

I disturbi dell'udito sono molto più rari di quelli della vista, ma pure si osservano (rumori, Oss. 20).

Insieme colle semplici parestesie che sono abbastanza frequenti (sensazioni di formicolio agli arti inferiori, di solletico agli occhi, di senso di calore al petto) e che ho riscontrato 9 volte in 38 osservazioni, sono principalmente i dolori tabetici che disturbano i malati.

Questi dolori per lo più folgoranti si localizzano agli arti inferiori (Oss. 9, 16 e lettera I), meno frequentemente ai superiori (osservazione 9) (per lo più vengono nel corso ulteriore della malattia), alla vescica (osserv. 21) e al pene (oss. 5 e 20). Si possono manifestare anche dolori costrittivi che si sentono con frequenza prevalentemente al dorso (osservazioni 13 e 18) e al collo del piede (Raymond oss. 20). Ordinariamente ma non sempre un pò più tardi dei dolori si manifestano alterazioni di sensibilità, consistenti per lo più in perdita (osservazione 5 e 6) o diminuzione del senso dolorifico (oss. 13), termico, tattile e muscolare. Nel maggior numero dei casi questi disturbi sono a carico degli arti inferiori. Si puó avere, ma raramente, iperestesia in una regione del corpo, come ho riscontrato nella regione lombosacrale del malato di Foville, oppure iperestesia generale (Osservazione 20).

La scomparsa del riflesso patellare in questo periodo è quasi costante. Frequenti sono i disturbi della minzione, nei periodi avanzati della tabe, sia sotto forma di incontinenza, come di ritenzione di urina (Oss. 1, 18, 5, 22, 19, 6, 10 e lettera I). L'incontinenza dell'alvo si

presenta relativamente di rado (Osservaz. 7 e 10).
Si può avere in questo periodo l'indebolimento ed anche l'impotenza assoluta delle funzioni sessuali (Oss. 3). La satiriasi pare molto rara (oss. 24). Si possono notare pure dolori al capo (oss. 1 e 17), paralisi del facciale (oss. 17), vertigini (oss. 3), ictus (oss. 9, lettere I e M). Le alterazioni trofiche possono manifestarsi in questo stadio sotto forma di mal perforante del piede (oss. 21), artropatie a carico del ginocchio e dell'anca (oss. 12), distrazioni ripetute delle ossa lunghe delle gambe (oss. 21).

Il tempo che trascorre fra l'inizio della tabe e quello della paralisi progressiva è variabile. Abbiamo trovato che va da pochi mesi a 24 anni; però questi estremi sono eccezionali.— Studiate sotto questo rapporto 20 osservazioni, abbiamo avuto i seguenti risultati:

Num. dei malati	Tempo trascorso dall'inizio della tabe a quello della paralisi progressiva	Percentuale
3	Da qualche mese ad un anno. . .	15,00
9	Da 1 anno a 5 anni	45,00
5	» 5 » 10 »	25,00
3	» 10 » 24 »	15,00

Questa breve statistica ci mostra come il tempo che passa fra il manifestarsi delle due malattie sia di circa 3-5 anni: non molto frequentemente questa cifra oscilla fra i 5 e i 10 anni. Rarissimi sono i casi più rapidi o più lenti.

Periodo prodromico.

Molto eccezionalmente la paralisi progressiva si manifesta subitamente con sintomi caratteristici. Si vede

dalle nostre osservazioni, che il periodo classico, di stato, è preceduto da una fase incerta, durante la quale le diverse manifestazioni mentali e fisiche della malattia cominciano a svilupparsi progressivamente, in modo ineguale, le une occupando il primo posto, le altre mancando.

I sintomi di ordine psichico sono quelli che aprono la scena nel maggior numero delle nostre osservazioni. In 38 casi il primo sintoma di paralisi progressiva manifesto fu:

a carico	della psiche.	25	volte
»	dell'organismo	7	»
»	della psiche e dell'organis.	3	»

In qualche caso non si potè nulla stabilire, ma per lo più richiamando l'attenzione dei parenti con apposite domande, questi finiscono per ricordarsi che veramente qualche tempo prima i loro cari avevano cambiato, senza cause apprezzabili o almeno lievissime, di carattere. « È così impressionabile da qualche tempo, dicono, che non si sa come fare per tenerlo un po' allegro; *oppure*: per un nonnulla attacca brighe, percuote i figli ».

In questo periodo mancano per lo più le idee deliranti. Solo eccezionalmente si possono avere, come io stesso ho potuto vedere in tre casi. Il primo di essi è il caso N. 2 nel quale si ebbe attacco congestivo con delirio transitorio: nel secondo (osserv. 9) apparve un delirio melanconico accessuale con allucinazioni visive e uditive: il terzo soggetto (Oss. 11) fu invaso da eccitamento maniaco con idee delirіranti.

Ma forse, meno il primo caso, nel quale del resto il delirio può essere stato determinato dall'insulto congestivo, le altre storie non sono riferite tanto partico-

larmente da poter essere sicuri che il delirio fosse il primo sintoma della malattia. Il malato per lo più da buono e gentile si fa irascibile e violento (Oss. 21), talora vanitoso (Oss. 2), altre volte prodigo fa spese inconsulte (Oss. C). Generalmente è nelle loro occupazioni abituali che si constata l'indebolimento della intelligenza. Sorgono distrazioni (Oss. 7); non riescono neppure a fare le somme, mentre prima, per la loro professione, erano provetti nel calcolo (Oss. 1); qui il malato non ritiene più nulla, l'indebolimento di memoria è così forte da dimenticarsi le cose più ovvie e più abituali (Oss. 5, 8, 10, 23, 25, H), lì vi è senso di stordimento: i malati percepiscono male o con lentezza (osserv. 5, 8, 14, 18). Qualche volta invece hanno un senso di benessere generale; essi sono dotati di forza straordinaria; vogliono aiutare tutti nelle fatiche, ma all'opera, per la debolezza generale incipiente, si stancano subito (Oss. 20). Al contrario possono apparire tristi, abbattuti, melanconici (Oss. 15), talora hanno idee di grandezza (Oss. C), tendenza al suicidio (Oss. G), vogliono distruggere quanto loro capita sotto mano (Osserv. G).

Diversi disturbi somatici indicano in alcune osservazioni, il principio del periodo preparalitico. Tali sono i dolori al capo vaghi o forti (Oss. 18), gli impuntamenti (Oss. 5 e 21), le disartrie (Oss. 16 e M), lo scandimento (Oss. 19) e il tremore della parola (oss. 19 e 22). Questi disturbi non sempre si hanno, sono per lo più lievissimi, ragione per cui il solo medico scrupoloso ed illuminato riesce a raccoglierli.

Periodo di Stato.

Progressivamente, dal primo periodo si passa al secondo. I sintomi primitivi continuano a svolgersi, ad essi se ne aggiungono degli altri ed il quadro clinico si manifesta nella sua imponenza.

Disturbi psichici — Le facoltà mentali vanno deperendo, diventano l'ombra di se stesse. La memoria è debole o confusa o abolita, i malati non si ricordano quando sono entrati in manicomio, non sanno il nome dei loro figli, non ne ricordano l'età. « Sono della classe x o y » dicono ma non sanno precisare quanti anni abbiano. Insistendo per saperlo rispondono: « Io non lo so, ma nelle mie carte è detto tutto quanto mi riguarda ». Dimenticano le date più importanti della loro vita, sbagliano del *millesimo*, non ricordano i recenti avvenimenti della patria: tutto è sfacelo nella loro mente. Le concezioni sono vaghe, le associazioni incoerenti; essi agiscono, parlano e rispondono alle questioni loro poste, ma in modo oscuro, non motivato, assurdo. Qualche volta invece non rispondono, o se rispondono lo fanno con monosillabi o parole sconcie (Osserv. C). La vita affettiva é scarsa (Oss. 5, 18, 24, A, E), abolita (Oss. G) o esagerata (Oss. 3, 20, I, M). Il pudore è soppresso (Oss. 21), parlano volentieri di donne e di pornografia (Oss. F). Si ha invero, come dice il Thiry: « lo sfacelo della energia psichica: il cervello è una *tabula rasa* ».

In questo periodo le idee deliranti non mancano mai. Una sola volta non vi erano, ma il malato invece era di un'indifferenza e di un'apatia grandissima (Osserv. 5). Sono tutti o ipocondriaci o megalomaniaci; talora ad uno stato di depressione segue uno di esaltamento maniaco. Sono perseguitati per gelosia di mestiere (Oss. L); sono etici, ridotti a scheletro (Oss. G), non possono mangiare perché poverissimi (Oss. E); talora hanno idee micromaniache (Oss. 1 e 20), talora arrivano alla disintegrazione della personalità (Oss. D).

Più spesso il delirio é a contenuto grandioso; sono ricchi, stimati e onorati da tutti. Il mio malato *lettera B* deve andare prima dal Papa, poi dal Re, perché la

conciliazione é fatta; ha risolto la quistione sociale, cosa creduta fino allora impossibile; si paragona a Gesù, a Savonarola; è conte di Baviera ». Il malato *lettera G* diceva: « Io so tutto ed è inutile interrogarmi ». Un altro era enciclopedico (Oss. F). Qualche volta, ma di rado, sanno di essere malati, ed imprecano contro il destino che gli ha fatti capitare in mano di medici cretini (Oss. G). Talora vi ha esaltamento maniaco accompagnato da atti impulsivi come ne fanno fede le Oss. N. 3, 6, 7, 14, 15, 16, 17. Qualche volta vi è ideorrea, qualche altra stato stuporoso e taciturno. Qualcuno cortese (Oss. H), i più irritabili.

Anche le allucinazioni non sono rare (Oss. 1, 2, 3, 7, 9, 12, 13) in questo periodo.

Disturbi somatici — Sono dessi in questo periodo numerosissimi, e se ne comprende la ragione, pensando che a tutti i disturbi somatici inerenti alla tabe si sono aggiunti quelli della paralisi progressiva. Quindi diminuzione di forza muscolare, astenia generale, manifesta specialmente nelle estremità; per lo più si tratta di paresi, non di paralisi vera e propria (Oss. 4 6 e 20), talora accompagnata da contratture (Oss. 25). Conseguenza di questo indebolimento generale sono i tremori della lingua (Oss. 21), dei muscoli della faccia (Osserv. 25), delle mani (oss. 18, 20, 26), delle labbra (osserv. 3). La voce può essere rauca (*cornage*, Oss. B), lenta esitante (Oss. 5, 20, 25, 26); la scrittura caratteristica, i disturbi di vescica, la rigidità pupillare si incontrano in questo stadio.

I rotulei per lo più sono aboliti, solo eccezionalmente sono vivaci (Oss. M). Si hanno attacchi epilettiformi (Oss. 16, 21, 24) intercorrenti, che raramente lasciano paralisi (Oss. 18). Poi la deglutizione si rende difficile (Oss. 5), cominciano le diarree infrenabili, sorgono i decubiti: il paralitico non può più lasciare il letto.

Durata — Mentre questi infelici, allo scoppiar della tabe, hanno davanti a sè una abbastanza lunga serie di anni (dai 9 ai 22), per vivere una vita più o meno misera; manifestatosi nella sua imponenza il quadro della paralisi progressiva, nello spazio di 12 a 24 mesi vanno generalmente incontro alla morte. Il limite minimo é di pochi mesi, il massimo di 5 anni secondo 20 osservazioni.

Num. dei malati	Tempo trascorso dall'inizio della paralisi progressiva post-tabetica alla morte	Percentuale
5	Paralitici che morirono prima di un anno	25,00
10	» » » da 1 a 2 anni .	50,00
4	» » » » 3 » 4 » .	20,00
1	» » » dopo 5 anni . .	5,00

Varie sono le cause di morte: essa può venire istantaneamente e dopo malattie acute e croniche. Alla prima categoria appartengono tutte le morti in seguito a ripetuti attacchi epilettiformi (Osserv. 2), a collasso, in seguito ad accesso maniaco (Osserv. 15), a ictus apoplettico (Oss. 10, 18): Alla seconda, si ascrivono l'eresipela (Oss. 21), la porpora (Oss. 1), la broncopolmonite (Oss. E), la pulmonite (Oss. I), la cistite gangrenosa (Oss. A e G), la nefrite cronica (Oss. L), e il marasma generale (Oss. 2, 4, 7).

DIAGNOSI

Non è difficile diagnosticare una paralisi generale post-tabetica: l'anamnesi, il decorso, i disturbi somatici e psichici sono troppo caratteristici per trarci in inganno.

Una tabe accompagnata da sintomi psichici potrebbe al medico frettoloso ed inesperto far credere alla demenza paralitica. Questa confusione potrebbe avverarsi nel periodo iniziale della paralisi progressiva; in un periodo inoltrato le difficoltà diagnostiche sono nulle o almeno di poca entità. La paralisi progressiva nel decorso di una tabe difficilmente sorge rapidamente con soli fenomeni psichici. Per lo più parlando a lungo con un paralitico iniziale si notano disartrie, impuntamenti di parola, accompagnati da fatti demenziali: nella tabe con delirio ciò non è.

Il delirio sorto nel decorso di una tabe inoltre non é così persistente, così netto e caratterizzato da allucinazioni attive. Il dissolvimento dell'*io*, la perdita completa di memoria e di critica non si ha mai neppure negli stati più gravi del delirio tabetico. L'anamnesi, il decorso, i dolori lancinanti pregressi (che si esacerbano specialmente nelle stagioni fredde ed umide), la scomparsa del riflesso patellare, i disturbi gravi della sensibilità, la difficoltata e caratteristica deambulazione tabetica, il fenomeno di Romberg fanno facilmente distinguere la malattia descritta dalla paralisi progressiva genuina.

Non é neppure il caso di discutere la diagnosi con un tumore, una meningite cerebrale, né una demenza consecutiva: sarebbe inutile lusso.

Un fatto solo vi é da osservare, cioè di non confondere la paralisi progressiva che segue ad un vero processo tabetico con quella che può seguire ad una pseudotabe. Sopratutto diciamo ciò, in quantochè sono descritte dal Dejerine delle pseudotabi, le quali hanno moltissimo di comune colla tabe vera, e la cui distinzione non può essere fatta se non per alcuni sintomi che sono: la evoluzione rapida della malattia che contrasta colla lentezza di quella della tabe vera, l'as-

senza del fenomeno di Argyll-Robertson e dei disturbi a carico degli sfinteri. Ora siccome queste pseudotabi sono generalmente prodotte dall'alcoolismo, il quale, come abbiamo visto, è pur anche un fattore potente della paralisi progressiva post-tabetica, può darsi benissimo che sotto l'influenza dell'alcool si svolga in primo tempo la pseudo-tabe ed in secondo tempo la paralisi progressiva. Possiamo noi considerare questi casi come identici a quelli di paralisi progressiva post-tabetica? Evidentemente no; perchè se non altro le localizzazioni del processo morboso sono nell'un caso periferiche soltanto e nell'altro essenzialmente centrali.

Noi dobbiamo dunque tener presente anche questa possibilità, per quanto nella letteratura a noi non risulti che si siano avuti casi di tal genere; e si deve allora specialmente badare all'anamnesi e a rilevare se vi sono sintomi che facciano pensare più alla pseudotabe che non alla tabe vera.

Prognosi — Naturalmente la prognosi è infausta, in 12 a 18 mesi la morte chiude il triste quadro morboso.

CONCLUSIONI

1. In Italia la paralisi progressiva post-tabetica è rara: il 3,43 0[0 dei paralitici solamente furono prima tabetici.

2. L'età più propizia allo svolgimento della malattia è l'età virile fra i 30 e i 40 anni.

3. Il sesso maschile è grandemente più predisposto del femminile.

4. Le classi abbienti sono della metà o due terzi meno predisposte che le non abbienti a questa forma morbosa.

5. La labe ereditaria costituisce la prima e precipua predisposizione allo sviluppo della paralisi progressiva post-tabetica: non manca mai.

6. La sifilide, l'alcool, gli eccessi diversi e le cause morali, fra le cause predisponenti acquisite sono importantissime.

7. Nessuno dei fattori suddetti sembra però capace di dare da solo la malattia.

8. La tabe si inizia con maggior frequenza a carattere dorsolombare.

9. La forma clinica prevalente nella paralisi progressiva post-tabetica é la maniaca.

10. La durata di tutta quanta la malattia dall'inizio della tabe alla morte è variabile: da un anno e mezzo a quindici anni.

11. Non si può esattamente stabilire la durata del periodo di incubazione della tabe, perchè le supposte cause determinanti sono molteplici e ripetute.

Solo per la sifilide si può dire che, dalle prime manifestazioni luetiche ai primi sintomi tabetici corre uno spazio di tempo che va dai 6 ai 10 anni.

12. Il tempo che passa tra il manifestarsi della tabe e l'inizio della paralisi progressiva oscilla nel maggior numero dei casi fra i 3 e i 5 anni.

13. La paralisi progressiva succeduta alla tabe pare abbia una durata minore della paralisi progressiva genuina: dà la morte in 12 a 24 mesi.

14. Le lesioni anatomiche della paralisi progressiva post-tabetica sono quelle della tabe e della paralisi progressiva unite insieme.

Messina, Novembre 1898.

CASI CLINICI PUBBLICATI

1833 — *Horn*; *Horn' s Arch., Berlin 1833, pag. 33.* 1 caso con autopsia.

1856 — *Türck*; *Sitzungsberichte der Wiener Akademie naturwissenschaf, Classe, t. XXI 1856.* — 2 casi con autopsia.

1857 — *Ioffe* — *Wiener Zeitsch. der Geselsch. der Aerzte, pag. 707.* — 1 caso con autopsia.

1858 — *Türck*; *Aerztliche Berichte uber die K. K. Irrenheil und Pflege Anstalt In Wien.* — 1 caso con autopsia.

1859 — *Hoffmann;* Allg. Zeitsch. f. Psych., t. XIII, pag. 209 — 1 caso.

1859 — *Calmeil*; Traitès des maladies inflammatoires du cerveau. Paris, 1859, T. I.

1861 — *Baillarger*; De l'ataxie locomotrice dans ses rapports avec la paralysie générale, in *Arch. cliniques des mal. ment.* pag. 425. — 5 osservaz. di cui 1 di B. de Boismont.

1862 — *Id. Ann. méd. psych., t. VIII,* p. 1. — 2 oss. senza autopsia.

1863 — *Westphal*; Tabes dorsalis und Paralysies univ. progressiva. in *Allg. Zeitschr. f. Psych.* Bd. XX, p. 1 — 3 oss. con autopsia.

1864 — *Ibid.;* Bd. XXI, p. 361. — 7 oss. con autopsia.

1864 — *Topinard*; De l'ataxie locomotrice progressive. — 6 oss.

1866 — *Magnan*; Paralysie générale et ataxie locomotrice. *In Gaz. des Hôp.*, p. 25 — 1 oss. con autopsia.

1867 — *Westphal;* Ueber die Erkrankungen des Kückenmarks bei der Allg. progress. Paralysie der Irren. *In Virchow' s Arch. Bd.* XXIX, XL e L, p. 90, 592. — 9 oss. e 7 autopsie.

1868-69 — *Th. Simon*; Ueber den Zustand des Rückenmarks in der Dementia paralytica und die Verbreitung der Knohenzellen Myelitis. *In Arch. f. Psych. n. Nervenkr. Bd.* I, pag. 538 e Bd. II, pag., 109 e 328. — 3 oss. con autopsia.

1870 — *Magnan*; Des relations entre les lésions du cerveau et certaines lésions de la moelle et des nerfs dans la par. génér.; *Gaz. des Hôp.*, 22 septem. — 1 oss. con antopsia.

1873 — *A. Foville*; De la paralysie générale par propagation.

Ann. méd. psych. 7 Ianv. — 7 oss. di cui 2 con autopsia.

1875 — *Obersteiner;* Ueber die in Verlaufe der tabes dorsualis auftretenden psychischen Störungen in *Wiener Med. Wochensch*, *n. 29 e 30.* — 1 oss. senza autopsia.

1875 — *Ph. Rey;* Contributions cliniques sur quelques cas d'ataxie locom. dans l'aliénation mentale, In *Ann. méd. psych.* pagina 161.

1875 — *Stahl*; Ueber Paralysis univ. progressiva, verbunden mit tabes dorsualis. *Berlin Dissert. inaug.* — 4 casi con autopsia.

1876 — *Hamilton ;* The Relations of Locomotar Ataxy to General Paralysis of the Insane. *New-Iork Mèd. Record. N.* 304. — 1 oss. con autopsia.

1879 — *Christian;* Paralysie générale et ataxie locomotrice. *Ann. méd. psych.*, t. II. — 1 oss. senza autopsia.

1879 — *Masson;* Des rapports de la paralysie génér. avec l'ataxie locomotrice progressive. *Thèse de Paris* — 4 oss. con autopsia.

1881 — *Mickle*; On general paralysis of the insane consecutive to the locomotar ataxy. The Lancet, pp. 819 e 862. — 2 oss. con autopsia.

1882 — *Westphal*; Erkrankung der Hinterstränge bei paralytischen Geisteskranken. *Arch. f. Psych. Bd.* XII, p. 772.

1882 — *Rougier* — *Thèse de Lyon* — 2 oss.

1882 — *Foville* — *Rougier, loc. cit.* — 1 oss.

1884 — *Westphal: Berl. Gesellsch. f. Psych. u. Nervenker,* 14 luglio. — 1 oss.

1884 — *Christian; Union médical.* — 1 oss.

1885 — *Dudley*; Two cases of spinal disease associated With insanity. *Brain. Iuli*, pag. 243. — 1 oss. con autopsia.

1885 — *Baillarger*; Des rapports de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale. *Ann. méd. psych. juillet, pag. 154* — 2 oss. con autopsia.

1886 — *Magnan; Gaz. des Hôp.*

1890 — *Flechsig* ; Ist die Tabes dorsalis eine « Systemerkrankung » *Neurol. Centralbl.* pag. 33 e 72. — 4 oss. con autopsia.

1891 — *Joffroy*; *Nouvelle Ichonographie de la Salpêtriere*, N. 1, pag. 30. — 1 oss.

1892 — *Raymond*; Des rapports du tabes dorsalis avec la para-

lysie génér. *Bull. de la Soc. méd. des Hôp.*, pag. 239 — 1 oss. con autopsia.

1893 — *Nageotte;* Tabes et paralysie générale. *Thèse de Paris* — 5 oss. con autopsia.

1893 — *Raymond;* Nageotte, *loc. cit.* — 1 oss. con autopsia.

1895 — *Chabbert: Neurol Centralblatt,* pag. 26. — 1 oss. senza autopsia.

1896 — *Zeri;* Sulle alterazioni dei centri nervosi nella tabe — *Rivista Sperimentale di Freniatria e di Medicina Legale.* Vol. XXI, Fasc. IV. — 1 oss. con autopsia.

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Dott. **Domenico Ventra**

IL LAVORO NEI MANICOMI ITALIANI

DEL

PROF. DOTT. ETTORE FORNASARI DI VERCE

Pare che il lavoro manuale sia stato introdotto per la prima volta nel Manicomio di Saragozza; propugnato poi da Pinel e messo in pratica da Chiarugi e Daquin per primi, poscia da Ferrus, al principio del nostro secolo, oggi è, con estensione maggiore o minore, usato in quasi tutti i manicomi.

L'utilità del lavoro come mezzo di cura é questione oggi non dubbia, ma non dovrebbe neppur mettersi in dubbio la sua utilità economica: oggi sotto ambedue gli aspetti esso si dovrebbe considerare come necessario. E il valore terapeutico si viene poi a risolvere anche esso in vantaggio economico in quanto ha per conseguenza una diminuzione delle giornate di degenza dei malati nei manicomi.

È certamente conforme a giustizia che il frutto del lavoro dei ricoverati venga ad alleviare la spesa che si incontra per il loro mantenimento: la società non lucra sul frutto del lavoro dei pazzi, non fa, come diceva Parchappe, « una speculazione pubblica sulla infermità », ma semplicemente cerca con tal mezzo di diminuire il danno che da essi, sia pure involontariamente subisce, e che oggi, nel caso pratico, tende a dive-

nire insostenibile per le finanze delle provincie italiane (1).

Soltanto nella Gran Bretagna si ha ancora ritegno ad utilizzare i malati di mente e alla spesa totale del mantenimento loro provvedono le parrocchie mediante il reddito di una tassa speciale. Negli asili d' altri paesi invece, dove non si dà peso alle obbiezioni fuor di luogo che possono essere sollevate, il lavoro, come riferisce Tucker (2), è applicato su larga scala e dà un utile notevole.

Oggi sarebbe una illusione pensare che col lavoro dei ricoverati si possan coprire intieramente le spese per il loro mantenimento e nessuno si permetterebbe più di azzardare dei calcoli sul genere di quelli fatti da Girard de Cailleux (3) o da Billod (4). Nè in Italia é possibile una organizzazione del lavoro simile a quella che sta attuandosi ora in alcuni stati dell' Unione Americana.

Blumer (5) ci riferisce che nel Manicomio di Utica (N. Y.), dove sopra 486 ricoverati lavorano in media 127 individui, in un anno, dall' ottobre 1895 all'ottobre 1896, mediante la vendita ad altri manicomi, a prezzi minimi, degli oggetti confezionati dai malati si è ricavato un utile di 13.000 dollari.

Ma è necessario osservare come nello stato di New-

---

(1) E. Fornasari di Verce — Alcune osservazioni di natura economica circa l'aumento dei pazzi ricoverati in Italia. — Riv. sp. di freniatria, v. XXV, Reggio Emilia, 1899.

Id. I progetti di legge sui manicomi e la finanza locale (in corso di stampa).

(2) Tucker — Lunacy in many lands. London-Sydney, 1893.

(3) Girard de Cailleux — Spécimen du budget d'un asile d'aliénés et possibilité de couvrir la subvention départimentale, etc. Paris, 1855.

(4) Billod — De la dépense des aliénés assistés en France et de la colonisation considerée comme moyen, pour les départements. de s' en exonérer en tout ou en partie. Paris, 1863.

(5) Blumer — The medical and material aspects of industrial employment for the insane. American Iourn. of Insatity, LIV, 157.

York (U. S.) tutti i manicomi dipendano dallo stato e la Insanity Law del 1896 abbia molto avvedutamente costituito tra essi una specie di cooperativa di produzione e consumo (1). E bisogna inoltre rammentare come gli Americani non abbiano soverchi scrupoli e pongano i pazzi, sotto una buona sorveglianza e con certi riguardi speciali, anche alle macchine.

Infine una misura importantissima colà adottata è che ai malati non si corrisponde salario: ciò che è innegabilmente giusto. Per il malato infatti il lavoro è, e deve essere, esclusivamente un mezzo di cura, e se il salario può essere spesso utile, esso non è però necessario, come osservava Morselli (2), e puó essere supplito da ricompense d'ordine puramente morale.

Se da noi non si potrà ottenere molto, qualche utile non indifferente il lavoro dei pazzi ricoverati può darlo certamente, come ce lo dimostrano alcune pubblicazioni recenti.

In una mia memoria (3) ho esaminato in quali condizioni si trovi oggi in Italia il lavoro nei manicomi.

Dall'inchiesta di Tamburini (4) del 1896 abbiamo che il lavoro era in uso in 59 manicomi: in 26 di essi lavoravano meno di un quarto dei malati, in 17 più di un quarto, in 12 più di un terzo, in 4 soli più della metá.

Dall'inchiesta ministeriale (5) del 1898 sappiamo che

---

(1) « The State hospitals may manifacture such supplies and materials to be used in any of such hospitals as can be economically made therein ».

(2) Morselli — Sul lavoro agricolo e industriale nei manicomi. Sanseverino Marche, 1877.

(3) E. F. di Verce, l. c.

(4) Inchiesta inedita, di cui solo i risultati sommari sono stati pubblicati negli Atti del IX Congr. della Soc. freniatrica Italiana. Debbo alla cortesia del Prof. Tamburini l'averne potuto consultare tutti i dati.

(5) Inchiesta in corso di stampa, di cui ho potuto consultare le bozze grazie alla cortesia del Prof. Tamburini.

si applicano i malati al lavoro in 41 manicomi e in 24 ospedali e ricoveri. Per questi però ci mancano affatto i dati sul numero dei lavoratori nei singoli stabilimenti e per i manicomi non abbiamo sempre dati numerici.

Nel 1896 il totale dei malati che lavoravano ascendeva a 7.261; nel 1898 l'inchiesta ministeriale dà che i lavoratori nei manicomi erano oltre 6.930 e negli altri stabilimenti oltre 514, in tutto oltre 7.444, dato sfortunatamente espresso con troppo poca esattezza. Il manicomio nel quale la proporzione dei lavoratori toccava il massimo nel 1896 era quello di Girifalco, con 58 0[0.

Tucker, nella sua inchiesta su tutti i manicomi del mondo (1), rileva che negli Asili nei quali il lavoro è meglio organizzato la percentuale varia da 60 a 90 0[0, ma tra noi Zani (2), cui si deve l'istituzione della colonia agricola nel Frenocomio di Reggio Emilia, riteneva troppo elevata la proporzione del 75 0[0 sostenuta da Belloc, e con Brugnoni, Zucchi e altri calcolava che il 50 0[0 dei malati potessero adibirsi a un lavoro utile.

È quasi impossibile fissare a priori una percentuale esatta, generale per tutti i manicomi dovendosi tener conto delle diverse forme psicopatiche che prevalgono nell'uno o nell'altro asilo e delle varietà dovute alla razza e allo ambiente fisico e sociale.

Pure senza tema di esagerare io fissavo ad un minimo di 40 0[0 il numero dei ricoverati che potrebbero lavorare nei manicomi italiani: in base a tale percentuale il numero dei lavoratori si sarebbe potuto portare da forse 8.000, su 30.000 ricoverati nel 1898, almeno a 12.000.

---

(1) Tucker — l. c.

(2) Zani — Dei manicomi. Bull. d. sc. med. di Bologna, s. V, v. VIII 1869.

Zani riteneva che il prodotto del lavoro di cinque malati corrispondesse a quello di un operaio sano; ma poniamo pure che tale rapporto non sia che di sei ad uno. In tal modo 12.000 malati ci potran dare un prodotto uguale a quello che si avrebbe da 2.000 operai sani. E tale cifra è minima: infatti secondo i calcoli che fa Finzi (1) in base ai dati di Paetz, Brandes e Köppe si può avere un prodotto pari a quello di un numero di operai sani uguale al quarto della popolazione manicomiale, dato che il 65 0[0 di questa lavori.

Una importante relazione di Antonini (2) sugli utili ricavati dal Manicomio di Bergamo mediante il lavoro dei ricoverati, relazione pubblicata quando io aveva licenziato le bozze della memoria citata, viene ora a fornirmi dei dati esatti in base ai quali calcolare il vantaggio economico che possono trarne le amministrazioni.

Nel manicomio di Bergamo dai dati dell'inchiesta Tamburini risulta che lavorassero in media appena un terzo dei malati, se ben rammento. Nel 1894 vi erano ricoverati 615 malati, e una parte di essi, di cui Antonini non dice la cifra, era adibita alla colonia agricola e alle officine di calzoleria, sartoria, fabbro e stagnino, falegname, filatura e tessitura, ai lavori di muratore e alle fabbriche di sporte e di tele cerate.

Orbene la gestione 1894 si è chiusa con un utile netto di L. 22.935,95. Ma questo utile di fatto è stato molto maggiore in quantoché vi è stata sottratta una somma di L. 1.924,70 impiegata in compensi in danaro e in tabacco ai ricoverati lavoratori, non vi sono stati calcolati molti piccoli servigi prestati dai malati, la mag-

(1) Finzi — Una visita al Manicomio di Alt-Scherbitz. Boll. d. Man. di Ferrara, a. XXVII. 1890.

(2) Antonini — I vantaggi economici della lavorazione agricola e industriale nei Manicomi. Bergamo 1899.

gior durata dei generi prodotti, il vantaggio delle riparazioni fatte con maggior frequenza e a tempo debito, ecc.

Volendo arrotondare le cifre crederei di non discostarmi molto dal vero assegnando all' utile ricavato in complesso il valore di circa 30.000 lire.

Se noi ora riteniamo che per ogni 600 malati si possa ricavare col lavoro tale cifra di utile, i 30.000 pazzi poveri ricoverati a spese delle provincie italiane potrebbero darci circa 1.500.000 lire.

E poi da ricordare che il 1894 è stato il primo anno in cui a Bergamo si sono esercitate con regolarità tutte le lavorazioni, e quindi è logico presumere che tal cifra di utili non rappresenti che un minimo certamente superabile.

Dove si rispecchia poi in tutta la sua estensione l'utilità dell'applicazione del lavoro su vasta scala è nella diminuzione della diaria dei pazzi poveri della provincia di Bergamo che era di L. 1,49 nel 1886, quando essi erano ricoverati in altri manicomi, ed è scesa a L. 1,07 nel 1897.

Aveva quindi pienamente ragione Morselli (1) quando riteneva possibile, con un lavoro ben ordinato, poter ridurre la retta per i malati poveri a una lira.

E qui può sorgere un'osservazione: per impiantare queste lavorazioni occorrono dei capitali non indifferenti: potranno essi trovar così un impiego rimuneratore?

Finzi (2) riporta appunto come pel Manicomio di Alt-Scherbitz in Sassonia la colonia agricola capace di dar lavoro a circa 600 ricoverati sia costata per il solo terreno un milione di marchi e come dodici anni dopo l'apertura del manicomio essa desse già una rendita del 5 0[0 per il capitale impiegato.

(1) Morselli l. c.
(2) Finzi l. c.

E tale fatto elimina l'unica obbiezione seria che può farsi all' applicazione del lavoro nei manicomi su vasta scala.

Non possiamo che augurarci quindi che in tutti i manicomi si proceda rapidamente per questa via, per la quale oggi si può essere certi di giungere a risultati ottimi.

Il malato di mente, che negli stati di depressione e di eccitamento grave ha bisogno di letto e isolamento, appena si mostri atto al lavoro, solo nelle occupazioni a lui abituali, e speciamente in quelle all'aria aperta e alla luce, che gli procurino un esercizio normale del corpo, può trovare quella attivazione del ricambio a lui necessaria per assodare il miglioramento e accostarsi alla guarigione.

L'apparenza di libertà, il sentimento d'essere ancora un uomo capace di fare qualche cosa di utile, l'occupazione della mente al lavoro e il ritorno alla vita consueta rendono poi il lavoro il primo e più importante elemento di quella cura morale che sola può dare i buoni effetti terapeutici che invano si sono domandati ai pericolosi e infidi mezzi chimici.

D'altra parte i pazzi ricoverati, come i delinquenti reclusi, debbono ben presto cessare di essere null'altro che un grave peso per la economia sociale. Una volta queste scorie della vita della società erano brutalmente eliminate; ora le si conservano mantenendole inerti e passive. In un avvenire prossimo, come si utilizzano tutte le altre forze naturali, si utilizzeranno anche queste energie anomale, ma che pur essendo tali non cessano d'essere energie e non trascurabili.

In tal modo si verrà ad attuare il brillante concetto Lombrosiano dell' applicazione dei principi simbiotici anche ai degenerati più gravi e pericolosi che vivono nel seno delle società umane.

Ottobre 1899.

Manicomio Interprovinciale V. E. II in Nocera Inferiore

SULLA

FISIO-PATOLOGIA DEI LOBI FRONTALI

PEL

DOTT. DOMENICO VENTRA

Direttore

Comunicazione fatta al X Congresso Freniatrico nella seduta dell' 11 ottobre 99.

Ci sembra inutile riportare qui in dettaglio tutta la letteratura, ormai nota (1), sulla fisio-patologia dei lobi frontali, essendo pel nostro scopo sufficiente fissare per sommi capi il cammino, che fino ad oggi ha percorso lo studio dello importante argomento.

Le diverse dottrine che traggono alimento da ricerche anatomo-istologiche, sperimentali e cliniche non concordano punto fra loro.

L'empirismo della sapienza popolare ha sempre localizzato la intelligenza ed il sapere nel cervello anteriore; una vasta fronte è pel popolo simbolo di mente eletta.

E questo modo di apprezzare la sede della intelligen-

(1) L. Bianchi — The Functions of the frontal lobes — The Brain 1895 Par. LXXII.

Iules Soury — Le sistéme nerveux central. Structure et functions. Paris, 1899.

Ferrier — La localizzazione delle Malattie cerebrali — Trad: Dini — Napoli 1883 — p. 32.

za deve avere radici nell'antichità, se si vuol giudicare dalla preponderanza che alla parte anteriore del cranio davano gli scultori greci nelle statue rappresentanti Minerva. Tale prevalenza è più rimarcata nel celebre Giove del Fidia, quantunque la fronte leonina del Iupiter tonante, dice il Soury, dovrebbe nelle intenzioni del sommo artista ellenico esprimere piuttosto la forza e la potenza del Dio ed il terrore che deve ispirare, anzi che un sovrumano intelletto.

L'anatomia comparata d'altro canto ci insegna come, in linea generale, dopo la formazione del mantello cerebrale, a misura che si sale nella scala zoologica, aumenta il volume e l'importanza del cervello anteriore, fino a raggiungere nell'homo sapiens il massimo sviluppo.

Secondo Meinert nell'uomo la corteccia rappresenta l'80 per 100 di tutto il cervello, e mentre il lobo frontale sta a tutte le circonvoluzioni degli emisferi nella proporzione del 41 0|0, nelle scimmie scende al 35 0|0, e nell'orso al 30 0|0.

Il lobo frontale del cavallo è fra i più complessi che si riscontrano nei mammiferi della stessa classe.

Il fatto che lo sviluppo anatomico dei lobi frontali va di pari passo con la evoluzione della intelligenza ha indotto l'Hitzig a localizzare in essi le facoltà più elevate della mente, ed a ricercare la prova sperimentale della felice intuizione.

Questa dottrina, che gode l'appoggio del Wundt, del Flechsig, dello Allen Star, ecc., é stata in questo ultimo decennio, con una serie di pubblicazioni, messa dal Bianchi sotto nuova luce, in base a pazienti e numerose esperienze massime sulle scimmie, animali che più degli altri si avvicinano all'uomo per lo sviluppo delle facoltà psichiche.

A ben altre conclusioni sull'argomento perviene il Munk, il quale assegna a questa vasta zona cerebrale il

modesto compito di centro motore dei muscoli del dorso, non avendo giammai notato nei suoi animali operati disturbi della intelligenza e della sensibilità. Il nostro eminente fisiologo L u c i a n i rimane pur esso in quest' ordine di idee. Egli, in due cani privati di un solo lobo frontale, ha potuto notare paralisi dei muscoli del dorso e disturbi sensitivi con paralisi degli arti anteriori, che attribuisce a lesione dell'estremo anteriore del giro sigmoide. Anche il G r o s g l i k propende per la dottrina del M u n k, quantunque faccia rimarcare che i disturbi motori del dorso, che seguono all'ablazione dei lobi frontali, non sono persistenti.

Fra queste due teorie sta l'altra del F e r r i e r, il quale in una sua prima pubblicazione del 1879 (*Functions of the Brain*) registrava: « che la remozione o distruzione dei lobi antero - frontali non è seguita da alcun risultato fisiologico definito. Gli animali conservano i loro appetiti ed istinti, e sono capaci di mostrare senso di emozione. Le facoltà sensoriali, vista, udito, tatto, gusto, odorato restano intatti. I movimenti volontarii mantengono la loro integrità. Nonostante questa apparente assenza di sintomi fisiologi, si poteva marcare una decisa alterazione nel carattere e nelle maniere dell'animale ». E, dopo aver rilevato che in seguito alla operazione gli animali divenivano apatici, stupidi, mancanti della solita sveltezza e curiosità, e rispondenti solo alle impressioni del momento, conclude: « che essi non erano privati della intelligenza, ma, secondo ciò che mostravano, avevano perduta la facoltà della osservazione intelligente ed attenta ».

Più tardi, dietro nuove esperienze, questo Autore è stato indotto ad ammettere che, sia la distruzione dell'intero lobo frontale, come quella limitata alla porzione prefrontale, erano capaci di produrre deviazione della testa e degli occhi, e che quindi il lobo frontale

doveva considerarsi come centro pei movimenti della testa e degli occhi. Inoltre, basandosi sui rapporti che esistono fra questi movimenti ed il meccanismo dell'attenzione, l'A. si sforza a conciliare questo nuovo modo di vedere con la sua prima ipotesi, e fissa nei lobi frontali i centri per i movimenti della testa, degli occhi e per l'attenzione.

Il Bianchi critica la teoria del Munk, sostenendo che la paralisi dei muscoli dorsali non sempre esiste, massime quando si cade col taglio molto avanti sui lobi frontali; e quando c'è, è transitoria: come ha notato anche il Grosglik. D'altronde sarebbe addirittura strano, che una così vasta e complessa zona cerebrale debba essér destinata ad una tanto limitata e poco importante funzione di moto.

La ipotesi del Ferrier è pel Bianchi anch'essa oppugnabile per la transitorietà dei fenomeni paralitici dei muscoli della nuca e degli occhi, coi quali il fisiologo inglese vorrebbe spiegare il difetto psichico, che egli interpreta come disturbo dell'attenzione per lesione del centro inibitore. Il Bianchi discute la esistenza d'uno speciale centro per la inibizione, ritenendo che qualunque parte del sistema nervoso, in circostanze diverse, ora è centro inibitore ora é regione inibita, ed emette il parere che il lobo frontale contenga neuroni della più elevata dignità fisiologica destinati a speciali funzioni, che riflettono la formazione e le manifestazioni della personalità psichica (1).

Questa dottrina, oltre ai dati dello sperimento fisiologico, ha per se molte prove nel campo della patologia, e sopra tutto riceve conferma dai recenti risultati delle ricerche puramente anatomiche; come da quelle dello

(1) Annali di Neurologia. Anno 85, pag. 130.

stesso Bianchi sulle degenerazioni discendenti endoemisferiche dopo l' ablazione dei lobi frontali; nonchè dagli importanti studî del Flechsig compiuti col suo noto metodo embriologico.

Il Bianchi ha trovato, che il lobo frontale non possiede che scarsissimo numero di fibbre di proiezione; « mentre invece possiede una vasta corona raggiante associativa, le cui fibbre si distribuiscono alla zona motrice e sensoriale e in particolar modo al lobo occipitale per mezzo del fascio fronto-occipitale, ed al lobo temporale sopra tutto per mezzo del fascio arcuato della capsula interna e forse anche per mezzo del fascio uncinato della capsula esterna ».

Talchè il lobo frontale, mettendosi per mezzo delle sue fibbre, in rapporto con le altre aree senso-motrici del mantello cerebrale, più che con gli organi periferici, starebbe a rappresentare non un centro semplice motorio o sensoriale, ma la sede di funzione più elevata, ove si coordinano e fondono i materiali degli altri centri corticali di dignitá funzionale inferiore.

Il Flechsig dopo lunghe e pazienti ricerche é riuscito ad assodare che i fasci di fibbre raggiungono la loro maturità ricovrendosi di mielina in epoche diverse dello sviluppo ed in modo indipendente. Ha notato cosí che le prime a mielinizzarsi sono le fibbre di proiezione, le ultime quelle associative.

Ciò che ha dato agio all' A. di distinguere, con maggior precisione di quello che non si era ottenuto con gli altri metodi, una zona sensitivo-motrice che rappresenta all' epoca della nascita un terzo della corteccia, e che è la prima a mielinizzarsi; le altre due terze parti, che si rivestono più tardi di mielina e che non hanno diretto rapporto con la corona raggiata, bensì con le aree sensoree, hanno per l'A. il valore di centri associativi. Questi si distinguerebbero in un centro an-

teriore (parte anteriore delle tre c. frontali e faccia inferiore del lobo frontale), uno medio (c. dell' insula) ed uno posteriore (tutto quanto dei lobi p. t. ed o. non é occupato dalle sfere sensorie). Dei tre centri associativi, l'anteriore avrebbe il compito fisiologico più elevato pei suoi speciali rapporti con le aree olfattive e della sensibilità del corpo, rappresentando il crogiuolo ove si conservano e si fondono gli elementi essenziali della coscienza e della personalità.

L' anatomia comparata dimostra eziandio come filogeneticamente i centri associativi siano di più recente formazione, trovandosi più estesi dei centri sensoriali nell' uomo, eguali nella scimia e meno estesi nei carnivori.

Come si vede le conclusioni finali del Flechsig, quantunque più larghe per le attribuzioni assegnate ai centri associativi medio e posteriore, collimano con quelle del Bianchi per quanto riguarda la importante funzione assegnata ai lobi frontali.

Quale contributo clinico di molto valore a quest' ultima dottrina, abbiamo giudicato prezzo dell' opera rendere di pubblica ragione il seguente caso.

∴

Il Soggetto della nostra osservazione è un tal Liguori Pasquale da Ogliara in quel di Salerno, di anni 46, ammesso in Manicomio il 2 Ottobre 1895, perchè affetto da demenza epilettica.

Dalla modula informativa ricaviamo le seguenti notizie anamnestiche. Non c' é nella famiglia del paziente eredità psico o neuropatica; il padre è la madre vivono, e sono vecchi sani e robusti. Egli si é svolto nella pri-

ma età normalmente, venendo su un tipo di contadino svelto e laborioso.

All' età di 15 anni ha riportato alla testa una ferita d' arma da fuoco a grossi proiettili con penetrazione di alcuni di essi in cavità. Nonostante ció, dopo alcuni mesi d' incapacità al lavoro, ha potuto ripigliare il proprio mestiere e continuare così, senza notevoli disturbi, fino all' età di 24 anni: epoca in cui é stato colpito dal primo accesso epilettico, il quale non si è ripetuto che dopo 4 anni, divenendo in seguito abituale e frequente.

Pei primi tempi gli accessi si risolvevano in uno stato di ottundimento e confusione mentale; dopo non molto, al finire delle convulsioni, scoppiava un accesso di furore allucinatorio da renderlo pericoloso.

Rapidamente però questo stato psicopatico si rese continuo, accentuandosi nella fase postepilettica.

L' infermo ha sofferto a 18 anni l' ileotifo, ed a 31 la polmonite sempre con assenza di fenomeni psicopatici.

Occorrendomi notizie più dettagliate circa gli effetti prodotti dal trauma nello stato fisico e psichico del Liguori, mi son rivolto con un quistionario all' egregio D.r Cioffi medico condotto di Ogliara, e questi mi ha favorite le notizie che trascrivo.

1.° A 15 anni il Liguori fu colpito da una fucilata alla testa e rimase fuori sensi per poche ore, ripigliando tosto la parola e la coscienza. Soltanto verso il nono giorno dall' avvenimento l' infermo emise forti gridi, cadendo in sincope da simulare la morte, tanto che tutto il vicinato accorse all' infausta notizia.

Poco dopo peró rinvenne e non perdette mai più la coscienza.

2.° Sia durante il periodo acuto di malattia come in seguito non si sono presentati *sintomi sensoriali o motori di focolaio.*

3.° É rimasto a letto tre mesi, e dopo un anno ha potuto riprendere il suo abituale lavoro.

4.° Dopo la malattia acuta dovuta al trauma il Liguori non ha presentato disturbi psichici nello stretto senso della parola, ma un permanente mutamento del carattere ed una minorazione nella energia intellettuale. É divenuto misantropo, taciturno, indifferente e distratto, dove prima era allegro, svelto, espansivo, affettuosissimo con la famiglia; si mostrava smemorato ed incapace di trattare le faccende commerciali del suo mestiere, (vendita di derrate ai mercati, trattazione di fitti ed altro); rimanendo solo atto al lavoro rutinario manuale del contadino, ed anche alle comuni esplicazioni della vita domestica. Non amò più come pel passato di abbigliarsi nei giorni di festa, nè pensò più all' amore ed al matrimonio.

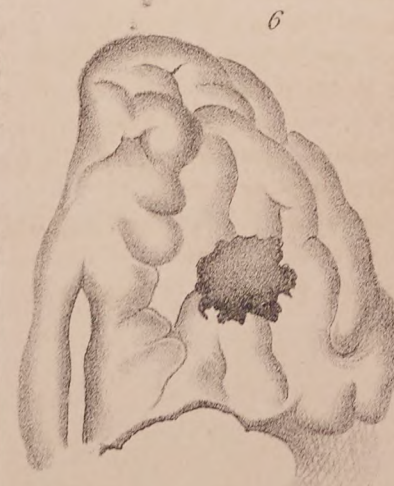
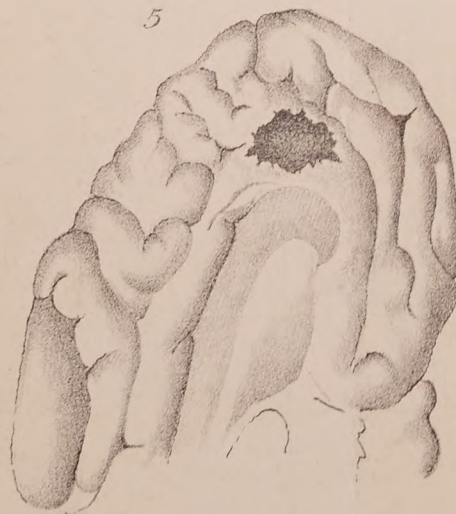
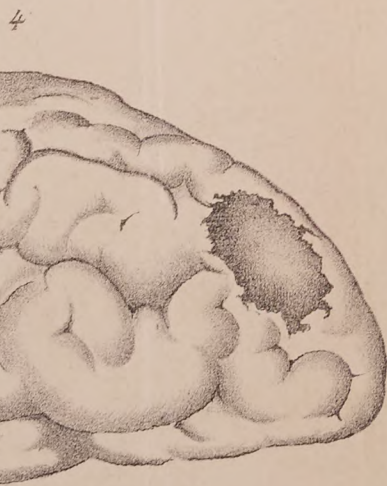
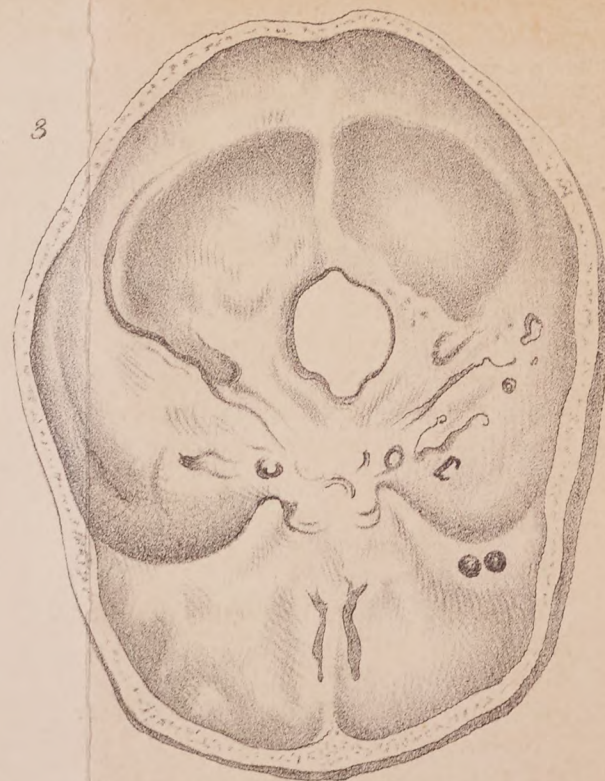
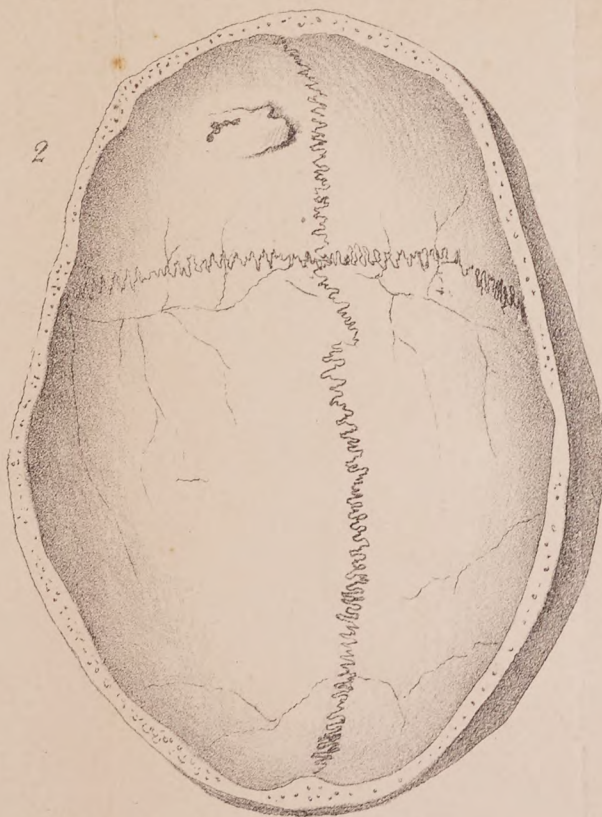
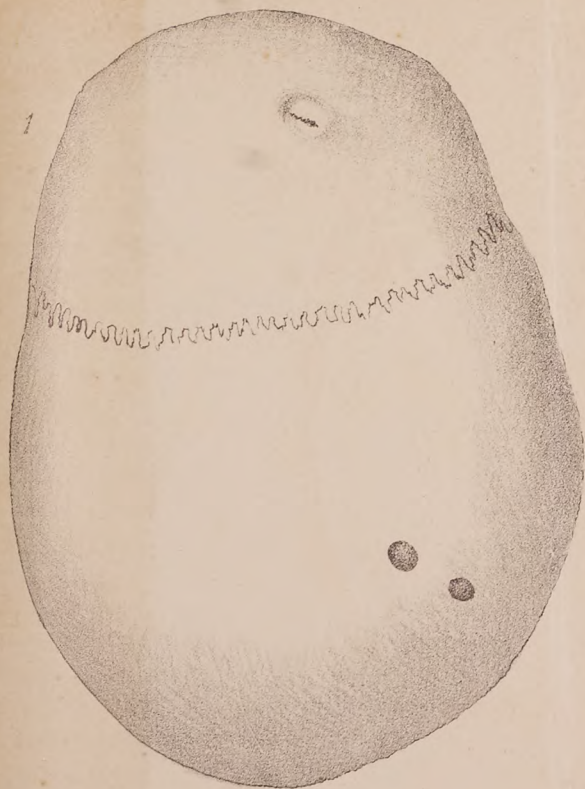
5.° Decorsi 9 anni in queste condizioni ed in ottima salute fisica, nell' Ottobre 76 é stato improvvisamente colto da accesso epilettico completo e generale, dopo un pasto copioso inaffiato da generosa libazione di vino.

Nessun mutamento per questo si é potuto notare nel suo stato psichico abituale, solo é aumentata l'irascibilità e l' umor triste.

6.° L'accesso si è ripetuto dopo 4 anni senza causa occasionale. D'allora le convulsioni divennero frequenti e sempre generalizzate senza disturbi psichici nei primissimi tempi; posteriormente seguiti da pazzia furiosa con periodi intervallari di maggiore squilibrio psichico, eccentricità e carattere violento. La frequenza era maggiore nella stagione estiva.

Non ha voluto più lavorare, minacciava di morte i parenti e disturbava il paese. — Fin qui il D.r Cioffi, cui rendo grazie delle notizie raccolte con cura ed intelligenza.

C. Amati dis.

Napoli

Il Liguori è stato ammesso in Manicomio a carico della provincia di Salerno il 2 Ottobre 95, a 41 anni di età, e quindi 26 anni dopo sofferto il trauma alla testa.

È uomo di costituzione fisica buona, discretamente nutrito, di regolare statura, di pelle bruna con capelli castano chiari foltissimi ed iride grigiastro. Di tipo cranico subbrachicefalo, presenta una depressione della regione occipitale destra, e leggiero prognatismo. Sulla regione frontale destra, dietro la linea d'impianto dei capelli, rilevasi lieve depressione con cicatrice, e diversi proiettili sotto il cuoio capelluto. Le narici sono tagliate a becco di flauto, le orecchie sono normali come conformazione, però nella destra é mancante l'elice per pregressa lesione violenta, e nella mano si notano larghe cicatrici da scottatura.

L'esame craniometrico dà i seguenti risultati:

Circonferenza del cranio alla base	mm	555
Curva longitudinale		330
» traversale		310
Diam: ant: post: massimo		187
» traverso »		150
Indice cefalico		80,21
Altezza della fronte		70
Angolo facciale		73°
Capacità cranica		1532
Faccia { Altezza		130
Faccia { Lunghezza		120
Faccia { Diametro mandibolare		120

L'esame accurato degli apparecchi della vita vegetativa non lascia rilevare anormlità di sorte alcuna; solo il polso è alquanto tardo (68 battiti), ma il cuore ed i grossi vasi sono sani.

La sensibilità tattile e termica sembrano in generale

un po' ottuse, ma ciò dipende in gran parte dalla difficoltà che s' incontra nel fissare l' attenzione del paziente. Lo stesso dicasi, in grado anche più lieve, per la sensibilità dolorifica ed elettrica della cute.

Vista, olfatto e gusto sono normali, ed a questo risultato siamo giunti dopo una serie di prove e controprove sui diversi sensi specifici.

La motilità non ha subito la menoma alterazione. Normali e simmetrici i movimenti mimici del volto e degli occhi, nonchè della testa e del tronco.

Normale la reazione elettrico-muscolare da ambo i lati del corpo.

Al dinamometro Collin la mano destra dà 30, la sinistra 15. Non riesce possibile persuaderlo a stringere l'istrumento con le due mani.

Il riflesso rotuleo è normale a destra, un po' più squisito a sinistra.

Le pupille midriatiche, ma di eguali dimensioni, reagiscono discretamente alla luce ed agli stimoli dolorosi. Manca il fenomeno del piede; come nella stazione eretta quello di Romberg. Il paziente cammina bene ad occhi chiusi e si mantiene fermo sopra uno degli arti.

Psichicamente è un demente e poche variazioni nello stato mentale ha presentato durante la sua degenza in Manicomio.

Riporto qualche diario dalla storia clinica.

7 Decembre 95 — Fin ad ora non è stato colpito da accessi epilettici. Mostra una notevole confusione e decadimento mentale. Non sa dove trovasi. Interpreta l' ambiente in modo ostile. Dice « ci son capitato ».

Ieri voleva battere un altro ricoverato verso cui lanciava occhiate d' ira.

23|12 — 95 — Ha rari accessi convulsivi di natura epilettica, finora non preceduti nè seguiti da agitazione.

L'infermo è tranquillo, indementito, confusissimo; crede di trovarsi a S. Nicola a lavorare, però vi resta volentieri, dichiarando volerci rimanere anche per sempre: non sa dire la sua età, nè il paese nativo: non ha affetti per la famiglia. Mangia, dorme, è pulito; fisico discreto.

20[12 — 95. — Gli accessi convulsivi sono rari. È sempre confuso, incoerente, apatico. Crede di essere gran maestro nell'arte sua di muratore, e vorrebbe costruire palagi.

É in istato di profonda decadenza mentale.

- E così continua il tenore degli altri diarii. Salvo qualche breve e raro periodo di agitazione postepilettica, l'infermo é sempre confuso, apatico, con accenno a qualche fugace e scialba idea delirante a tinta persecutoria.

Nel giugno 99, stando nella Sezione oftalmici per congiuntivite catarrale, ha presentato per alcuni giorni scolo purulento dall'orecchio destro. In seguito, mostravasi più stordito del solito, ed accennava a dolori di testa, che con la pressione sulla regione mastoidea di destra aumentavano considerevolmente; le convulsioni erano più frequenti.

Il 26 luglio l'infermo é entrato nella infermeria in grave stato epilettico, con discreta febbre, polso tardo ed evanescente, respiro superficiale ed affannoso. L'esame obbiettivo del torace facea rilevare una broncopulmonite bilaterale delle basi. È morto alle ore 15 del 26 luglio.

Reperto anatomico — Cadavere di uomo di conformazione scheletrica regolare, colore della cute pallido; pannicolo adiposo scarso; macchie cadaveriche al dorso; rigidità cadaverica scomparsa; assenza di decubiti.

Il cuoio capelluto ed il periostio della calotta cranica sono fortemente iperemizzati. Nella spessezza del pa-

rietale a destra si osservano a breve distanza incuneati due proiettili della grossezza d'un piccolo cece. Sulla regione frontale, dello stesso lato, più accosto alla linea mediana e circa 2 cm. in avanti della sutura coronaria, si nota un avvallamento con perforazione dell' osso (Vedi *fig. 1, 2 e 3*).

All'apertura della scatola cranica cola discreta quantità di liquido, ed in rapporto alla lesione di continuo del frontale si osserva una sporgenza ossea lunga 2 cm. formata dalla introflessione del tavolato interno, che aderisce e s'incunea nella sottostante meninge e sostanza cerebrale. Per distaccare la calotta é necessario lacerare queste aderenze, e si mette così in evidenza sul lobo frontale una larga breccia con perdita di sostanza, dalla quale vien fuori del liquido cetrino. La dura madre é iperemica, e la pia massime attorno alla lesione suddetta presenta chiazze d' ispessimento perlaceo. Leggero edema sottoaracnoideo.

I lobi frontali in apparenza afflosciati ed atrofici sono dall'alto in basso e da destra a sinistra scavati da un canale, che si lascia facilmente attraversare da un dito indice. Tale cavità è ricoverta da tessuto connettivo cicatriziale e contiene del liquido; interessa largamente la parte anteriore della 1.ª e 2.ª c. frontale, si apre nella faccia interna dell'emisfero, di modo che la parete superiore del canale resta formata da una piccola bendella di sostanza appartenente alla detta 1.ª c. f.; si continua nel lobo prefrontale sinistro aprendosi avanti alla c. del corpo calloso per finire con l'apertura di uscita in mezzo alla c. orbitaria, senza ledere la c. olfattiva. Sull'ala dello sfenoide ed in corrispondenza di questa apertura si son rinvenuti due grossi proiettili aderenti alla dura madre per lasco tessuto connettivo (Vedi fig. 3, 4, 5 e 6).

Nei ventricoli havvi notevole quantità di liquido.

Nella fossa cranica posteriore destra, sotto la dura madre, nel lobo destro cerebellare, si trova una raccolta purulenta del volume d'un uovo di colombo.

Al torace larghe aderenze pleuriche pregresse ed epatizzazione rossa dei due lobi inferiori del pulmone.

Cuore flaccido.

Nulla d'importante nella cavità addominale.

Epicrisi — Lesione di continuo cicatrizzata con perdita di sostanza dei lobi prefrontali per pregressa ferita d' arma da fuoco. Bronco - pulmonite acuta bilaterale. Ascesso del lobo destro del cervelletto (da otite purulenta).

∴

Questo caso è senza dubbio fra i più precisi e completi, tanto da potersi considerare come una esperienza di artificiale mutilazione dei lobi prefrontali nell'uomo.

La vasta cavità cistica, che attraversava tutti e due i lobi prefrontali, risultava dalla distruzione della corteccia non solo, ma più specialmente delle fibbre della sostanza bianca, per cui la parte anteriore del cervello si presentava atrofica ed afflosciata come se fosse vuota. Se a questa reale ablazione di sostanza, si aggiungono i danni prodotti al tessuto circostante dalla pregressa encefalite reattiva, e la degenerazione delle cellule corticali residue, per il cessato rapporto con le fibbre corrispondenti distrutte (Lugaro), si può ritenere quasi del tutto abolita la funzionalità di questa plaga cerebrale.

Non mancano, è vero, nella letteratura osservazioni di lesione dei lobi frontali per ferita o per processi patologici: tumori, accessi, encefaliti, emorragie, ecc.; però è da osservare che nella maggior parte dei casi per lesioni violente si ha l' interessamento d'un solo lobo frontale con ferita limitata d'ordinario alla cortec-

cia; in altri di data più antica manca la giusta interpretazione dei fenomeni psichici presentati dai pazienti dopo la lesione.

Molto simile al nostro è il cosidetto « American Crowbar case », che generalmente si citava come esempio di grave lesione della sostanza dei lobi frontali senza danni nè fisici nè intellettuali; mentre il dott. Harlow (1), che ne dà la più esatta descrizione, precisando il tragitto del proiettile (grossa sbarra di ferro) che, entrato per l'angolo sinistro della mascella, andò ad uscire verso l'alto dell'osso frontale anteriormente alla satura coronaria, fa rilevare che non vi sono stati disturbi di senso e di moto, eccetto la tardiva epilessia, nè disturbi psichici; però aggiunge che era mutato di carattere, da essere giudicato dagli amici tutt'altro uomo; dove prima era un giovane svelto, intelligente, e rispettoso, dopo il trauma era rimasto « fanciullo per la intelligenza e le manifestazioni intellettuali, adulto per le passioni e gl'istinti ». Altro che mancanza di disturbi psichici! In quel caso erasi invece determinata quella disgregazione della personalità, che abbiamo potuto accuratamente studiare nel caso nostro.

Oltre ai fatti descritti dal Bouillaud, dal Trousseau, dal Pitres, dal Marot ed altri, molto somigliante al precedente è quello raccolto da Congreve Selwyen (2) d'un fanciullo ferito di coltello, che penetrò per tre pollici e un quarto nell'orbita da sotto in sopra perforando il lobo frontale destro.

Oltre alla cecità dell'occhio leso, non si sono avuti disturbi di senso o di moto, solo si notava smemoratez-

---

(1) Recovery from the passage of on iron bar Tharuugh the held, 3 giugno 1848 Boston.

(2) Soucot February 28, 1838.

za, irritabilità ed incapacità a lavori intellettuali.

Più di recente hanno pubblicato osservazioni di traumi al capo con lesione dei lobi frontali, fra gli altri, il Fiordispini, il Diller, l'Algeri, il Rossi, il Roncoroni, il Cristiani, l'Angiolella.

Usciremmo dai limiti imposti nella presente nota se volessimo intrattenerci davantaggio sulle molte osservazioni di tumori o di altri processi organici di questa provincia cerebrale finora descritti; anche perchè in questi rincontri la sintomatologia di focolaio è spesso confusa ed oscurata dai fenomeni diffusi, che, massime i tumori, determinano per compressione a distanza, o pei disturbi circolatorii e per i processi flogistici collaterali.

∴

Ritornando ora alla illustrazione del caso ci sembra necessario, dal nostro punto di vista, fissar bene nell'esame dei sintomi presentati dal paziente dopo il trauma, quali di essi possono ritenersi in rapporto diretto con la grave lesione da questo apportata ai lobi prefrontali; e quali debbono interpretarsi piuttosto come effetti mediati ed indiretti.

Risulta dall'anamnesi, che il Liguori poco dopo il ferimento e nel tempo successivo, non ha mai avuto perdita di coscienza, nè alterazioni nelle funzioni di senso e di moto, tranne la persistente midriasi notata da noi in Manicomio.

Postumo degno di rilievo è solamente il difetto delle facoltà intellettuali, così ben descritto dal Dott. Cioffi nella relazione sopra riportata.

E tanto più quella lucida esposizione dei fatti osservati acquista per noi inestimabile valore, in quanto che

ci vien fornita da un medico generico in modo assolutamente obbiettivo e senza preconcetti scientifici.

Per l' egregio collega il paziente non é rimasto folle nel comune senso della parola, chè anzi ha potuto ripigliare la solita vita ed il manuale lavoro campestre; non era però più l' individuo di prima. Incapace di elevarsi a giudizî critici, ad apprezzamenti, a calcoli, non era più adatto p. e. a trattare col padrone circa l' azienda dei fondi dei quali il padre era fittuario, nè lo si poteva, come per lo passato, mandare al mercato per la vendita delle ortaglie. Taciturno, distratto, smemorato, menava avanti una vita vegetativa: non mostrava il solito affetto premuroso verso la famiglia, nè la espansività che era dote caratteristica del suo temperamento. Sempre timido come un bambino, viveva isolato e poco curante di ripulirsi e di mutare abiti, neanche nei dì festivi come è uso dei giovani contadini. Divenuto frigido ed apatico non pensó più menomamente al matrimonio ed all'amore.

Tenuto presente il diverso grado nella evoluzione intellettuale delle serie animali, è sorprendente l'analogia che ognuno può riscontrare fra molti di questi fenomeni, ed i fatti osservati dal Bianchi nelle scimmie mutilate dei lobi frontali.

Anche nell'uomo adunque la distruzione di questa parte del cervello, rimanendo integra la sfera sensomotoria, disgrega gli elementi psichici della personalità.

Quantunque non sia compito facile la esatta misura del livello intellettuale umano, le cui infinite gradazioni e sfumature oscillano per ogni singolo caso sotto la influenza di moltelplici cause endogene ed esogene; pure data la condizione sociale e la limitata cultura del Liguori, possiamo in linea generale affermare che le manifestazioni più complesse della sua intelligenza erano rimaste annientate dopo la malattia. Difatti a quali

concezioni ed operazioni psichiche più elevate può assurgere la mente di un povero contadino analfabeta, oltre quelle che riguardano gli interessi della sua azienda agricola, dalla quale deve ricavare il quotidiano sostentamento della grama esistenza? È in questo campo che la indotta mente si acuisce e raffina tanto da giustificare il comune proverbio, che attribuisce al contadino le scarpe grosse ed il cervello sottile. E nel Liguori è appunto questo massimo individuale della potenzialità intellettiva, che, dopo la ferita dei lobi prefrontali, è rimasto minorato al punto da ridurre in lui la vita psichica alle percezioni e rappresentazioni semplici ed attuali, le quali, come nel bambino, mancano di quel coefficiente di fusione associativa, che il Wundt chiama attiva appercezione.

Questo autore infatti localizza nei lobi frontali l'appercezione *attiva*, che distingue dalla *passiva*, la quale consiste nella appercezione di un oggetto o di una rappresentazione soltanto, mentre la prima importa la appercezione di molteplici oggetti o rappresentazioni e del lavorio di scelta.

Se tutto ciò nella fattispecie è rimarchevole da parte della intelligenza, molto più appariscenti sono nel paziente le deficienze della sfera sentimentale: spenti gli affetti di famiglia, di socievolezza, attutiti i sentimenti etici ed altruistici. L'amore non trova più una sola corda da far vibrare in quell'anima assiderata dalla frigidità sessuale.

In complesso si può dire, che rimangono appena i ruderi della disfatta individualità primitiva.

Ci resta ora ad esaminare il meccanismo patogenetico della epilessia convulsiva manifestatasi nel Liguori sette anni circa dopo il trauma; dapprima dietro l'azione

determinante dell'alcool, con un accesso isolato, ed in seguito dopo altri tre anni, spontaneamente, con frequenti convulsioni, perturbamento e decadenza rapidamente progressiva delle facoltà mentali, fino alla completa demenza.

È caratteristico il fatto, che nella maggior parte dei casi di epilessia per lesione dei lobi frontali, l' accesso epilettico si presenta tardivamente a distanza di mesi od anni dal trauma; la qual cosa fa pensare a priori doversi il fenomeno neurosico ritenere in rapporto causale con processi secondarii irradiantesi dal focolaio primitivo, più che come sintoma diretto del focolaio stesso.

Tale concetto trova la sua conferma anatomica in talune ricerche compiute non è guari dal dott. Angiolella nel laboratorio di questo Istituto. Egli ha studiato istologicamente il cervello di un epilettico, divenuto tale dieci anni dopo aver subito un colpo di scure alla fronte con frattura dell'osso e ferita profonda del lobo frontale sottostante, la quale, come si è potuto constatare all'autopsia, interessava la 1.ª 2.ª e 3.ª circonvoluzione frontale sinistra.

L'esame microscopico del cervello, praticato col metodo di *Nissl*, ha messo in evidenza un processo di degenerazione e disintegrazione cellulare, che dalle vicinanze del focolaio cicatriziale si irradiava con degradante intensità a tutto il resto del lobo cerebrale di sinistra, ed anche a quello di destra.

Queste lesioni staminali erano evidentemente l' effetto del cronico processo flogistico, che lentamente si è originato e svolto nel cervello attorno alla pregressa ferita e che, per l' alterazione organica indotta nella vicina zona Rolandica, devesi ritenere causa efficiente delle manifestazioni epilettiche tardive.

La diffusione od intensità del processo spiega nel ca-

so nostro eziandio il sopraggiungere della demenza grave, con una rapidità non solita nella comune epilessia idiopatica.

Questa interpretazione patogenetica, s'impone massimamente in quei casi, nei quali può escludersi la influenza ereditaria diretta della epilessia o di altre malattie convulsivanti.

È logico pensare però sempre ad una certa predisposizione nel senso di deficiente resistenza dell' elemento nervoso, nonché a cause irritanti peculiari, quale il permanente incuneamento di schegge ossee nella polpa cerebrale od altro; altrimenti non potremmo spiegarci i casi, come quello del Cristiani, nei quali ferite semplici, superficiali di un lobo frontale, con gravi sintomi psichici di focolaio, son passati a guarigione senza postumi e con la completa restitutio ad integrum delle facoltà mentali.

Giova appena ricordare, che l' ascesso del cervelletto, verificatosi negli ultimi tempi di vita del Liguori, e che, con la pulmonite, ha contribuito a determinare l'esito letale, è da considerarsi manifestazione metastatica della esistente otite purulenta.

Concludendo, resta per noi dimostrato, che l' unico sintoma diretto del focolaio distruttivo dei lobi prefrontali è la sindrome psichica descritta come dissoluzione della personalità; e subordinatamente, come fenomeno di moto, si potrebbe solo tenere in considerazione la persistente dilatazione delle pupille.

In altri termini i fatti clinici da noi accuratamente raccolti e corredati dalla dimostrazione anatomo-patologica, vengono a convalidare luminosamente le ricerche sperimentali del Bianchi, aggiungendo nuovo alimento alla sua solida dottrina, secondo la quale, nelle aree sensoriali dove il Munk ed il Meynert vorrebbero

limitare tutta la base anatomica dello intelletto, si effettua invece il lavorio delle percezioni semplici, le quali già includono una elementare potenzialità associativa, (appercezione passiva di Wundt). Mentre nei lobi prefrontali, tutti questi prodotti delle aree senso-motrici subiscono, per vie e leggi associative più complesse, la massima funzione, e, colorendosi delle tinte emotive, divengono pensiero e sentimento.

Va senza dire che in questo caso, anche per noi, il concetto di centro e localizzazione cerebrale debba intendersi non certo nel senso assoluto e vieto della parola; ma in quello più rispondente alle vedute della moderna fisiologia del cervello, di centro, cioè, di una maggiore condensazione funzionale.

Spiegazione delle figure

Fig. 1, 2 e 3. — Calotta e base del cranio col forame di entrata dei proiettili; scheggia introflessa del tavolato interno; determinazione del sito dove sono stati rinvenuti i proiettili sull'ala sinistra dello sfenoide.

Fig. 4. — Emisfero destro; forame di entrata con vasta distruzione della 1.ª e 2.ª c. frontale; lobo prefrontale afflosciato ed atrofico.

Fig. 5. — Faccia interemisferica del lobo frontale sinistro; continuazione del canale cicatriziale.

Fig. 6. — Faccia orbitaria del lobo frontale sinistro; forame di uscita.

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Dott. **Domenico Ventra**

SULLA FACILE GUARIGIONE
DELLE
LESIONI VIOLENTE NEGLI ALIENATI [1]

PEL

DOTT. RODRIGO FRONDA
Medico Primario

A nessun medico di Manicomio sarà certo sfuggito il fatto che i folli, esposti per la natura della loro infermità e per la loro vita in comune negli Asili, a lesioni violente, ne guariscono con una sorprendente rapidità, benchè non sempre possano essere convenientemente medicati, nè sempre si possa mantenere in essi a posto le medicature; ma, che io mi sappia, nessuno si è occupato di proposito della cosa, rimanendo così essa come accettata tacitamente da tutti e di comune osservazione giornaliera.

Io fin dal 1894 cominciai ad osservare come le lesioni traumatiche sulla esterna superficie del corpo nei miei malati del Manicomio di Nocera guarissero abitualmente con molta facilità e con poca o nessuna suppurazione, ciò che non trovava riscontro in circostanze consimili nella mia pratica professionale fuori del Manicomio, nei sani di mente.

(1) Comunicazione fatta all'XI Congresso Freniatrico Italiano tenutosi in Napoli dal 10 al 14 ottobre 1899.

Bastò questo per farmi cominciare a prendere degli appunti delle diverse lesioni traumatiche nelle varie forme psicopatiche e del loro decorso ed esito, ed ho potuto riunire 79 casi, tra cui alcuni importantissimi, così divisi: epilettici 53, maniaci 11, lipemaniaci 2, paralitici generali 5, dementi 4, frenastenici in vario grado 4.

Le lesioni sono state sempre dei tessuti molli ed in diverse regioni del corpo, più o meno estese e profonde, e prodotte o da cadute, specialmente negli epilettici, o con pezzi di legno, di ferro o di vetro foggiati a mo' di armi dai ricoverati stessi.

Trovo inutile qui, per amor di brevità, di riportare in dettaglio le storie cliniche dei malati e la descrizione delle lesioni, non avendo ciò alcuna speciale importanza, ed avendo già detto che si è trattato sempre di comuni lesioni dei tessuti molli; e dirò subito che in 50 ferite a bordi netti e non contuse la guarigione si è verificata sempre nello spazio massimo di 3 a 4 giorni per prima intenzione, sia colla medicatura a punti di sutura sia con quella adesiva al diachilon. In 28 ferite a bordi laceri ed alquanto contuse, la guarigione si è ottenuta in parte per prima ed in parte per 2.ª intenzione in un tempo non superiore agli 8 giorni, e sempre con pochissima produzione di pus; e solo in 11 casi di ferite molto peste si è avuta guarigione per 2.ª o per 3.ª intenzione con secrezione purulenta più notevole. Anche in queste però il decorso è stato relativamente molto breve e l' esito soddisfacente.

Mi piace fra i tanti fermarmi un tantino su quattro casi più importanti, il 1.º dei quali riferii come esempio nella mia comunicazione al congresso, e l' ultimo riflette non una lesione traumatica, ma una vasta ferita prodotta dalla mano del chirurgo a scopo operativo, e che può concorrere benissimo a confermare il mio asserto.

Osservazione I.

Un giovane epilettico sui 20 anni ebbe un giorno da un altro ricoverato, per una quistione sorta fra loro, un terribile morso alla mano destra, che gli portò via l'intero polpastrello dell' indice. Ero di servizio quel giorno, e fui in fretta chiamato in infermeria per prestare gli opportuni soccorsi; appena giuntovi, mentre il povero epilettico eccitatissimo era a stento tenuto fermo su d'una sedia da due validi infermieri e molto sangue gli sgorgava dalla ferita, mi colpì il pezzo staccato, che era ai suoi piedi in una pozza di grumi. Lo raccolsi tosto, e previa disinfezione accurata di esso e della ferita, lo rimisi a posto con delle sottili bendelle di sparadrappo, proponendomi, s'intende, di eliminarlo non appena mi fossi accorto che potesse andare in cangrena per mancanza di circolazione. Alla mattina del 4.° giorno però con mia sorpresa l'adesione era avvenuta completa, senza ombra di suppurazione e colla più perfetta estetica del dito.

E vero che in seguito la prova è stata diverse fiate ripetuta in Manicomio con pezzi di orecchio asportati, ed è stata negativa, ma si capisce che ciò è dipeso dalla natura cartilaginosa del tessuto, che non ha permesso la facile formazione di gittate vascolari tra le due superficie messe a reciproco contatto.

Osservazione II.

Un altro giovane epilettico, di costituzione gracile ed in mediocre stato di nutrizione, a letto di repressione perchè agitatissimo, fu assalito da un compagno di camera, che era uscito dal suo giubbetto, e mentre l'infermiere di custodia erasi per pochi momenti assentato per prendere dell'acqua, erasi impadronito di una sbarra di legno staccata dalle imposte di una fi-

nestra. Con questa il povero epilettico ebbe centinaia di percosse sulla testa, da riportarne non solo ferite multiple di diversa natura e grandezza, ma anche un pestamento tale dei tessuti molli sulla testa, che il cuoio capelluto era diventato come pastoso. A questo aggiungi la rottura di varie arteriole, dalle quali sgorgò quantità notevole di sangue, tanto che si fu costretti praticare la medicatura, tenendo il paziente colla testa in giù per minacciante sincope da grave anemia acuta. Ebbene, quantunque in questo caso le condizioni generali fossero per nulla buone e fossero state aggravate dalla gran perdita di sangue, pure la guarigione di tutte le lesioni si verificò in pochi giorni, se ne togli un po' di tempo maggiore impiegato da una sola di esse per essere rimasto un pezzo di parietale scoverto completamente di periostio, che pur si rifece nello spazio di non oltre un mese senza dispiacevoli incidenti e con una semplice medicatura al glicerolato borico, consigliata dal defunto Prof. Petronio, allora chirurgo dell'Asilo.

Osservazione III.

Sul principio dell'anno in corso un demente apatico, adibito ai lavori di casermaggio, fu una mattina assalito da un epilettico delinquente giovane e forte, che con alcuni pezzi di legno d'una secchia mandata in frantumi gli tirò violenti e ripetuti colpi, asportandogli così l'intero orecchio sinistro ed in giro buona parte dei tessuti circostanti, da formare una perdita di sostanza escavata a forma rotonda con raggio di oltre 3 centimetri. In questo caso la guarigione si è fatta aspettare circa una quarantina di giorni, ma ciò è dipeso dal bisogno della completa riparazione dei tessuti,

mentre la suppurazione è stata piuttosto lieve e l'esito ottimo.

Osservazione IV.

Trattasi di un paralitico in istato avanzato, che presentava un vasto ascesso caldo nella regione antero-interna della coscia sinistra. La raccolta purulenta era tanto vasta che il taglio dovette essere lungo circa dieci centimetri, ed i muscoli della regione rimasero tutti allo scoperto come per una preparazione anatomica della parte. La buona granulazione e la guarigione furono rapide con poca secrezione, benché l'ammalato si orinasse continuamente sulla medicatura, tanto da lasciare la ferita in immediato e permanente contatto di un cataplasma di ovatta con urina.

Questi fatti sono eloquenti per poter affermare che i folli sono refrattarii in maniera accentuata ai batterii della suppurazione, e più che non lo siano per le altre infezioni; ciò che trova riscontro in quanto avviene negli animali: chi non ha visto un cane od un gatto guarir le sue ferite o delle piaghe colla semplice e ripetuta detersione di esse mercè dei leccamenti praticati colla propria lingua? A chi non è capitato vedere degli uccelli feriti gravemente dal fucile del cacciaciatore guarire facilmente e presto senza alcuna cura? Sono cose di comune osservazione, e sulle quali pur non si ferma molto la nostra attenzione, contentandoci di dire che è un fatto naturale!

Date intanto le conoscenze attuali sul fagocitismo come mezzo di difesa degli esseri viventi contro gli assalti dei potenti piccoli nemici, è lecito inferirne che il potere fagocitico in questi animali è al massimo grado; senonchè, riandando un po' le numerose esperienze fatte sui cani prima intimiditi e poi feriti, che guarirono

molto più tardi di altri feriti senza soffrir l' emozione della paura, bisogna dire che è proprio la paura che diminuisce quel tal potere fagocitico.

Cosicchè nei folli può darsi benissimo che vi sieno tali alterazioni del ricambio materiale da rendere più forte il potere battericida del sangue, potere che non verrebbe punto disturbato da quelle modificazioni vasomotorie e trofiche,che nei sani di mente sono causate dallo shok traumatico, dall'emozione della paura.

E che la mancanza della paura sia solo uno dei coefficienti, dovendosi trovare la spiegazione sopratutto nella potenza del potere battericida del sangue degli alienati, lo prova il fatto che nei sani di mente, anche quando non vi sia di mezzo la paura, ed in certe piccole lesioni la guarigione in generale non é mai così rapida come in casi simili nei folli, nei quali, sopratutto negli epilettici, vedo ogni giorno cicatrizzare dalla sera alla mattina piccole ferite alla fronte o alla testa in seguito a caduta. E' cosa davvero meravigliosa. E tal risultato è notevole a preferenza negli epilettici, dopo i quali vengono i maniaci, poi i paralitici e finalmente le altre forme psicopatiche. In generale ho potuto osservare che esso si verifica meglio nelle forme di eccitamento che in quelle depressive, ed è sempre più notevole quanto più è spiccato lo stato di eccitamento nell'atto di ricevere il trauma e dopo. E difatti, quale malato di mente può esserlo più dell' epilettico nel momento che riceve un'offesa, specie quando gli è impedito di prendere la sua vendetta? E' la belva umana.

E così, scendendo nella gradazione, cui ho accennato, vediamo che quel potere battericida va man mano diminuendo a misura che ci avviciniamo alle forme depressive. E poichè la paura genera uno stato emozionale deprimente, si può concludere che nei sani di

mente essa rende l'organismo debole e più disposto alla ricezione di germi patogeni, proprio diminuendo il potere battericida del sangue.

Queste mie poche osservazioni han bisogno del conforto sperimentale, ed ecco quanto mi propongo di fare in una non lontana pubblicazione, pago per ora di aver messo fuori una povera idea, basata però su fatti clinici costanti.

Nocera Inferiore, Ottobre 1899.

X Congresso della Società Freniatrica italiana

Una tappa importante nel cammino e nel progresso della Psichiatria italiana ha segnato questo Congresso, tenutosi in Napoli dal 10 al 14 ottobre. In quello di Firenze, infatti, del 1896, si era lamentato l'eccessivo predominio dato agli studii ed alle ricerche di istologia, e talvolta persino di istologia, dirò, fisiologica degli organi e degli elementi centrali nervosi, nemmeno, cioè, di quella patologica, applicata e più strettamente in rapporto colla psicopatologia. Da questo, invece, è stata bandita qualunque esagerazione unilaterale, ed è risultato evidente e trionfante lo indirizzo multiforme, la faccia poliedrica della nostra scienza, che, per studiare quel fenomeno complesso e molteplice che è un malato di mente, ha bisogno di trarre sussidii dalle più diverse branche, a cominciare dall'antropologia, dall'anatomia, dall'istologia e dalla istochimica, a terminare poi alla psicologia ed alla sociologia. È la proclamazione di questa poliedricità della scienza nostra quella che costituisce l'impronta specifica di questo Congresso e ne determina l'importanza, ed il merito ne spetta principalmente all'Illustre Presidente della Società prof. TAMBURINI, che primo la enunciò, dando così l'indirizzo e la caratteristica ai lavori del Congresso e stabilendone fin dal principio la nota sua peculiare.

Mai, poi, come in questo, l'ordine del giorno è stato tutto espletato, seduta per seduta, in modo che nessuno dei Congressisti ha potuto lagnarsi di essere stato costretto a rinunziare a qualche sua comunicazione o a veder strozzata qualche discussione, perocchè il modo come, fin dal principio, era stata distribuita la materia e quello come sono state dirette le sedute, han fatto sì che ognuno ha avuto a

sua disposizione quel tempo che il regolamento prescriveva, e nè più nè meno.

È uopo aggiungere che in pochi Congressi Freniatrici, e generalizzando si può dire in pochi Congressi di stretta specialità, è stato uguale l'interessamento del pubblico profano e delle autorità, sono state eguali le feste e le accoglienze che i Congressisti hanno ricevuto. Il che vuol dire che il progresso della nostra scienza è sentito ed avvertito altresì al di fuori del campo tecnico e degli elementi puramente scientifici; vuol dire che i profani e le autorità sentono e comprendono l'importanza che i nostri studii hanno anche dal punto di vista delle applicazioni pratiche, e come dan prova dell'interesse che prendono all'assistenza dei malati di mente colla creazione di nuovi e più perfezionati asili, così ne dan prova ancora col festeggiare ed onorare coloro che di tale assistenza e degli studii relativi fanno lo scopo della loro vita.

Si inaugurò il Congresso alle ore 10 del 10 ottobre sotto la Presidenza del Prof. TAMBURINI, e sedendo, oltre di lui, al banco della Presidenza il Prof. VIRGILIO, Vice Presidente della Società, il Comm. CAVASOLA, Prefetto di Napoli, rappresentante di S. E. il Ministro dell'interno, il Comm. NUNZIANTE, Presidente della Corte di Cassazione, rappresentante di S. E. il Ministro di Grazia e Giustizia, il Sindaco di Napoli Comm. SUMMONTE, il Comm. PAGLIANO, Presidente della Deputazione provinciale di Napoli. Assisteva anche l'on. SANDONATO, Presidente del Consiglio provinciale; e S. E. l'on. BACCELLI era rappresentato dal prof. BIANCHI. Dopo che il Sindaco ed il Comm. PAGLIANO ebbero salutato i Congressisti, il Prof. TAMBURINI pronunciò il discorso inaugurale ringraziando i rappresentanti della città di Napoli e ricordando come la Società Freniatrica festeggiasse il 25.° anniversario dei suoi Congressi. Accenna alle perdite subite dalla Società nelle persone di SERAFINO BIFFI, FRANCESCO BINI, GIOVANNANGELO LIMONCELLI,

Francesco Vizioli, ai nuovi socii ed alle nuove forze acquistate, all'attività sua con voti e con riunioni onde sollecitare dal Governo e dal Parlamento provvedimenti in favore della classe alienistica e dei ricoverati nei Manicomii, al movimento che vi è in molte provincie onde dotarsi di nuovi asili o migliorare ed ampliare quelli esistenti. Ricorda l'inchiesta compiuta sui Manicomii dalla Direzione di Sanità, da cui risulta, fra l'altro, l' aumento dei folli che da 12000 nel 1874, nel 98 erano giunti a 36800, sicchè sopra 42 Manicomii ben 25 han mostrato un notevole affollamento. Accenna quindi ai progressi della scienza psichiatrica, che si rileva dai Temi generali e dalle Comunicazioni del presente Congresso, i quali dimostrano come essa sia giunta al momento di assorgere, dagli studii staccati ed autonomi, alla sintesi della personalità umana normale e patologica nell'ambiente sociale, portando, così, la sua luce alle scienze morali e sociali e facendosi educatrice e legislatrice, consigliera e soccorritrice ai più gravi mali che affligono la società.

Propone, quindi, che venga nominato Presidente del Congresso il Prof. Bianchi, il quale assume la presidenza ringraziando dell'onore conferitogli. A proposta del Prof. D'Abundo, sono nominati Segretarii i Dottori Capriati e Colucci.

***

Nella seduta pomeridiana, su proposta del Presidente prof. Bianchi, sono nominati Vice Segretarii i Dottori Angiolella, Saporito, Donaggio, Finzi, Lojacono e Fragnito.

Quindi il Dott. Ferrari fa la sua relazione sul primo tema: **Metodi pratici per le ricerche psicologiche individuali da adottarsi nei Manicomii e nelle cliniche.** Egli propone uno schema per l'esame del malato di mente, schema che può dividersi in due parti, che egli chiama **esame clinico** ed **esame sperimentale**; il primo da usarsi nella comune pratica Manicomiale ed anche privata, alla

portata di qualunque medico, il secondo utilizzabile soltanto nelle cliniche fornite di tutti i necessarii apparecchi. Riportiamo questi due schemi.

ESAME CLINICO DELL' ALIENATO

1) *ATTITUDINI ESTERNE*

I *Aspetto*	II *Contegno*	III *Mimica*
Indifferente	composto	mancante
gaio	scomposto	regolare
triste	attivo	disordinata
attento	passivo	eccessiva
soddisfatto	stereotipico	stereotipica

IV *Suggestibilità sensoria* (Percezioni)	V *Suggestibilità motoria* (Volontà)	
a) ottiche. Si mostra l'orologio. *b)* uditive. Si fa battere da un assistente un piccolo colpo dietro le spalle del paziente.	Movimenti attivi fatti dall'osserv.	Alzare il braccio d. teso lateralmente. Id. col braccio s. Accenn. col capo.
c) tattili. Si fa da un assistente scorrere una carta piegata sulla guancia e sull'orecchio del paziente.	Movimenti passivi impressi agli arti del soggetto.	Gli stessi

2) *INTERROGATORIO*

Orientamento personale e obiett. (tempo e spazio)

1. Come vi chiamate?
2. Che mestiere fate?
3. Quanti anni avete?
4. Di che paese siete? (ev. in Città: dove state di casa?)
5. Che giorno è oggi?
6. Dove siamo ora?
7. Chi sono le persone qui attorno?
8. Chi sono io?

Coscien. dell'Io

9. Chi è N. N. (si nomina il malato)?
10. A che cosa pensate in questo momento?
11. Di chi è questa mano (sollevandogliene una)?
12. Di chi sono gli abiti che indossate?

Memoria

13. Da quanto tempo siete qui?
14. Chi vi ha accompagnato qui?
15. Dov'eravate otto giorni or sono?
16. Dov'eravate un mese fa?
17. Dov'eravate per Natale?
18. Come si chiama vostro padre?
19. Come si chiama vostra madre?
20. Come si chiama il Re?
21. Come si chiama il Papa?

Affettività

22. Vi sentite malato?
23. Vi sentite della paura addosso?
24. Vi sentite contento o malcontento?
25. Vi sentite voglia di lavorare (leggere, scrivere, studiare) adesso?
26. Volete bene alla vostra famiglia?
27. A chi volete più bene nella vostra famiglia?
28. Avete degli amici?

Delirii e allucinazioni

29. Credete di avere dei nemici?
30. C'è qualcuno che vi perseguita?
31. C'è qualcuno che vi prende in giro, vi canzona?
32. Vi dicono delle brutte parole?
33. Avete fatto dei brutti sogni?
34. Avete avuto delle visioni o delle brutte apparizioni davanti agli occhi?

Ragionamento (a) e calcolo (b)

a

35. Perchè vi hanno mandato qui?
36. Quanto credete che dovete star qui?
37. Per meritare di andare a casa che cosa occorre?

b

38. Che distanza ci sarà da casa vostra a qui?
39. Di quanto è più distante dal vostro paese A, confronto a B (paesi che si possono supporre noti al malato)?
40. Che età dimostro io?
41. Fate il conto: Che differenza c'è fra la vostra età (..... anni) e la mia (..... anni)?

Sentimenti morali

42. Se un uomo cadesse nell'acqua davanti a voi che cosa fareste?
43. Se uno vi volesse percuotere o anche ammazzare che cosa fareste?
44. Si può bestemmiare?
45. Si può ammazzare?
46. Perchè non si può rubare?
47. Quando uno è nella disperazione credete che sia sensato se cerca di ammazzarsi?

3) *ATTIVITÀ CONATIVA*

1. Guardatemi! — 2. Alzatevi in piedi (o sedetevi)! — 3. Datemi la mano! — 4. Toccatevi il naso colla mano sinistra! — 5. Fatemi vedere la lingua! — 6. Fatemi sentire il polso. — 7. Raccogliete quel foglio *(dopo aver lasciato cadere un foglio e la matita)*! — 8. Chiudete la porta! — 9. Andate fuori!

ESAME SPERIMENTALE DELL'ALIENATO

1) Aspetto esteriore dell'alienato.

Fotografie istantanee stereoscopiche, possibilmente cinematografiche. (Colla luce diurna combinata con quella del magnesio).

2) Esperienze sulla suggestibilitá: *A*) sensoria e *B*) motoria.

a) Suggestibilità visiva.

Si mostrano successivamente al paziente 5 linee, di cui le prime 4 sono progressivamente crescenti di 8 mm., a cominciare dalla lunghezza di 14 mm., e l'ultima è eguale alla penultima. Ogni linea è mostrata durante 5''; — e dopo si invita il soggetto a tracciare, ad occhi chiusi, una linea eguale a quella veduta. Dopo 20'' di riposo si mostra la linea successiva, ecc. fino alla fine dell'esperimento. Si prega allora il paziente di dire ciò che pensa delle linee vedute, come crede di aver eseguito le sue linee, ecc. Soltanto allora gli si possono mostrare le linee che ha fatto.

b) Suggestibilità uditiva.

Si adopereranno le solite prove che servono per misurare l'acuità uditiva. Inoltre potrá servire l'apparecchio per la direzione dei suoni; e i due metronomi di Maelzel mossi con ritmo diverso.

c e *d*) Suggestibilità olfattiva e gustativa.

Minimum percettibile di stimoli elettrici interrotti all'insaputa dell'ammalato.

B) Suggestibilità motoria.

a) Suggestibilità dei movimenti attivi e passivi.

b) Esperimenti colle scatolette di dimensioni differenti,

ma di peso eguale; e di dimensioni eguale, ma di peso uniformemente crescente.

c) Esperimento di Münsterberg.

S'invita il paziente a tracciare continuamente delle linee verticali colla mano sinistra. Se si distrae il paziente, mentre continua nel suo lavoro, in breve (in un tempo per lo più esattamente misurabile) esso arriva a fare lo stesso movimento colle due mani.

3) Esperimento sulla inibizione cerebrale.

Moltissimi esperimenti potrebbero essere citati in questa categoria. Ci limitiamo a raccomandare, per la facilitá dell'applicazione, per la ricchezza e la costanza dei risultati che con esso si ottengono, e per la loro facile comparabilità, lo strumento ideato dal Sommer per studiare l'influenza che esercita il cervello sul reflesso che piú di frequente è stato oggetto di studii per parte dei fisiologi e dei patologi, il reflesso patellare. Sommer ha costruito un apparecchio per cui la gamba del soggetto resta assolutamente abbandonata a sè, appoggiata ad un sostegno al quale è pure applicato un apparecchio per praticare esattamente la percussione del tendine rotuleo. Alla gamba è applicato un calzaretto, al quale è fissata una corda, che, con una trasmissione che passa su di una carrucola mobilissima, va ad attaccarsi ad un peso che fa equilibrio al peso della gamba. L'apparecchio scrivente consiste in una leva connessa alla corda che regge il peso equilibrante e che arriva ad un chimografo che ruota attorno al proprio asse in un tempo noto.

È evidente che, una volta che sia provocato in via reflessa il movimento della gamba, siccome questa è sottratta alla forza della gravità mercè il peso equilibrante, continuerà ad oscillare come un pendolo qualunque, quando non vi si oppongano altre forze che agiscano inibitoriamente. Sommer ha opportunamente chiamato questo apparecchio un microscopio fisiologico.

4) Percezioni. — Sensazioni. — Attenzione. (1)

A) Cronoscopia.

Col cronoscopo di Hipp, e con quello di D'Arsonval.

Si prendono dieci reazioni visive, dieci reazioni uditive e dieci tattili; quindi, considerandole tutte della stessa natura, se ne traggono i tre tempi di reazione, massimo, medio e minimo, e la variazione media.

Queste cifre non possono avere naturalmente alcun valore per la psicologia generale, ma possono benissimo essere confrontate con le cifre ottenute con lo stesso metodo in altri ammalati o in momenti diversi di una data malattia in uno stesso individuo. Si potrebbero considerare anzi come rappresentative del « potere attentivo » dell'individuo in quelle date condizioni.

Quando occorra avere delle nozioni esatte sulla rapidità della percezione di qualche alienato, sarà più pratico ricorrere al metodo dell'inscrizione grafica dei tempi di reazione.

B) Apparecchio di Sommer per l'analisi dei movimenti minimi nelle tre direzioni (sebbene sia troppo complicato e finora non abbia dato risultati adeguati alla complessità dell'esperienza).

C) Descrizioni di oggetti percepiti col semplice tatto.

In genere noi ci serviamo di 5 oggetti. Un coprivite esagonale. Un allacciaguanti di ferro arruginito. Un bottone di legno ad orlo irregolare. Un rocchetto da pellicole fotografiche (legno e metallo) vuoto. Idoletto di avorio, rappresentante un Buddha accoccolato.

Il reagente sta ad occhi chiusi, colla mano destra protesa. Su di questa vengono posati uno alla volta gli oggetti nominati ed egli deve fare su di essi un giudizio prima di palparli, poi dopo averli toccati in ogni senso con la mano.

---

(1) Queste divisioni sono adoperate per ragioni metodologiche. È quasi una caratteristica infatti della psicologia individuale che tutti i suoi esperimenti si completino rispettivamente e nessuno serva completamente, o soltanto, allo scopo per cui principalmente è messo in pratica. Così, negli alienati che si prestino, si applicheranno certi esperimenti a preferenza, ma nel maggior numero che sia possibile, perchè ciò che non si ottiene con l'uno si otterrà quasi certamente coll'altro. L'importante è di procedere sistematicamente, con ordine, e di notare ogni risultato positivo, negativo, o incerto.

D) Apparecchio per la misurazione del campo appercettivo.

a) colle lettere e coi numeri (colle carte da giouco per gli analfabeti) per misurare semplicemente il campo della coscienza;

b) colle figure, per conoscere l'immaginazione di scelta e la immaginazione costruttiva o fantasia, per indagare le direzioni principali dell'attenzione nel senso della scelta.

Tutte queste figure si rivelano improvvisamente e rimangono pér un tempo brevissimo, costante (che si può allungare, se si vuole, di un grado noto), dinanzi allo sguardo del soggetto, illuminate dentro una cassetta da una scintilla elettrica, oppure illuminate dalla luce della stanza e vedute mentre passa l'apertura della tendina di un otturatore G o r t z.

5) Immagini mentali.

a) Interrogatorio (se si tratta di persone intelligenti e non molto confuse).

b) Presentazione di un quadro con 12 lettere.

L'individuo deve leggere le lettere due volte di seguito, con velocità normale, deve quindi trascrivere a memoria le lettere su di un quadro analogo bianco. Dal genere degli errori si comprende se sono dovute a somiglianze di suono o di forma. Ripetendo l'esperimento e interrogando l'individuo, si puó arrivare a fargli comprendere che cosa si desidera sapere da lui.

c) Negli analfabeti si domanda quali idee suggerisca loro la parola cane, o la parola campana e simili.

d) Potere immaginativo: Caleidoscopio. Macchie d'inchiostro, ecc.

6) Memoria.

a) Memoria delle lettere, delle cifre, della lunghezza delle linee, delle forme geometriche, dei colori, dei suoni, degli odori e dei sapori.

b) Memoria organica dello spazio e del tempo.

7) Emozioni.

a) Studio del respiro.

b) Studio della circolazione capillare (col guanto volumetrico del P a t r i z i, modificazione dell' apparecchio ana-

logo di Buccola e Morselli che particolarmente si presta) mentre si applicano all' individuo diversi stimoli di reazione coi caratteri emozionali piú comuni (piacere, dolore, ribrezzo, ecc.).

c) La nota tavoletta di Jastrow.

d) Pressiografo di Lund, e il grafografo di Obici per l'analisi grafica delle pressioni esercitate nella scrittura.

8) Ideazione.

Formazione e associazione delle idee.

a) Presentazione di quadri.

Noi finora abbiamo avuto agio di servirci di questi — Millet, L'Angelus. — Atanassio, *Sunt lacrimæ rerum.* — Una figura simbolica.

c) Pronuncia di alcune parole, invitando il paziente a dir tosto quali idee o immagini esse gli destino nella mente.

Le parole che noi abbiamo scelto per la nostra pratica sono le seguenti, le quali si adattano ad ogni sorta di persone di qualunque coltura e permettono di farsi un'idea complessiva della ricchezza del patrimonio ideativo dei soggetti: Acqua — tuono — bianco — farmacia — piedi — Giulio (o Giulia) — cuore — cielo — urina — letto — gamba — Italia — verde — zucchero — vacca — rosa — matrimonio — coltello — seta — domenica — prostituta — vino — musica — petto — furto — donna (o uomo) — bacio — Dio — sapienza — bandiera — socialismo — Umberto I° — bicicletta — calze — Natale — curato — dottore — amante — madre (o figlia).

c) **Esperienza di Guicciardi e Dandolo, (Illuminazione improvvisa di parole mediante un tubo di Geissler).**

Le parole erano: *a*) concrete, riferibili alle diverse immagini sensoriali; *b*) astratte. Il reagente doveva, appena vista la parola, formare due associazioni mentali con esse, quindi premere un tasto che arrestava il cronoscopo di Hipp, messo in movimento dall'ascensore del tubo di Geissler. Dopo il reagente esponeva verbalmente le associazioni fatte, e, sottratto il tempo della reazione semplice con scelta, si aveva il tempo di associazione.

9) Movimenti.

a) Dinamometro.

b) Ergografo di Mosso, meglio ancora quello a molla di Binet e Vaschide (che serve anche a misurare la forza di volontà).

c) Rapidità dei movimenti.

(1) Quanti puntini si riescono a fare in un minuto. (Loro disposizione).

(2) Penna elettrica di Edison.

d) Regolarità dei movimenti minimi.

Tromografo di Ughetti.

(*e* Abilità motrice.

(1) Divisione di una linea di 80 cm. in 5 parti uguali.

(2) Tracciare una rosa dei venti senza vedere la punta della matita.

(3) Esperimento di Guicciardi e Ferrari per l'abilità motrice. Infilare di colpo, con un ago da dissezione e dalla distanza di 10 cm., i 30 fori di una filiera di Charrière.

10) Sentimenti morali.

La serie di fotografie in cui ce n'è qualcuna che deve urtare un senso morale un po' delicato. Figure a riflesso erotico più o meno palese (da graduare beninteso secondo la coltura, l'età, il sesso, ecc. dei reagenti). Figure religiose, a suggestione professionale, ecc.

Le esperienze relative al senso sessuale, all'affettività domestica, alla simpatia sociale, al sentimento religioso, ascetico, ecc. sono sempre molto difficili e di non sicura attendibilità, specialmente in vista della sincerità del reagente e dell'imperio inibitorio che sopra le loro estrinsecazioni possono fare l'educazione, il pudore, ragionamenti convenzionali, ecc. per cui in molti casi è forse meglio attenersi al semplice interrogatorio, indirizzato con tatto e finezza dall'osservatore.

Tuttavia non mancano i *tests* applicabili all'indagine dei diversi modi del sentimento morale ed estetico. Noi, ad esempio,

con abbastanza buoni risultati, adoperiamo, in casi adatti, pel senso estetico queste cinque domande:

1) Qual'è la più bella Chiesa? 2) Qual'è il fiore più bello? 3) Qual'è l'odore che preferite? 4) Qual'è il più bel pezzo di musica? 5) Quali quadri vi piacciono di più?

Pel sentimento morale ci siamo valsi del seguente problema, esposto sempre colle stesse parole (avendole noi scritte), tenendo calcolo della franchezza, dell'esitazione, dell'ambiguità del reagente nel dar la risposta: « Supponete di avere, da un parente lontano, e da voi non conosciuto, fatta una eredità di milioni, per cui voi e la vostra famiglia, dalla modesta condizione in cui prima versavate, siete da mesi passato alla ricchezza. Un giorno, essendo solo, trovate in un cassetto segreto di un mobile appartenuto al defunto parente un nuovo testamento olografo (spiegazione) che annulla quello precedente per cui siete divenuto ricco, e devolve la sostanza ed i beni di cui da qualche tempo siete in possesso ad un'opera di pubblica benificenza. Se voi bruciate la carta che avete fra mano avete l'assoluta certezza che il vostro atto sarà assolutamente ignorato da tutti. Che cosa fareste?

Colucci, rilevando una frase del Ferrari, che deplora la scarsezza di studii psicologici in Italia, dice essere questo un merito della scuola italiana, che non si è asservita ad alcuna scuola straniera. Aggiunge poi che egli crede doversi in psicologia seguire l'indirizzo che cerca mettere in rapporto i fenomeni psicologici con qualche manifestazione somatica del relativo individuo, come egli ha fatto usando l'ergografo del Mosso. Riferisce, quindi, queste sue ricerche, colle quali ha cercato trovare per ogni individuo la formula personale del lavoro muscolare, mediante il suddetto ergografo, per poterne poi studiare le variazioni a seconda dei diversi stati psichici. Ha visto, così, mutarsi il tracciato bendando l'individuo, sottoponendolo a stati emotivi ecc.

De Sanctis critica il sistema di restringere nei cancelli di un interrogatorio prestabilito l'esame del medico alienista, e trova anche inattuabili in molti alienati parecchi dei metodi sperimentali proposti.

Del Greco nota che in clinica occorre l'analisi psicologica

per ricostruire gli stati d'animo di cui risulta una individualitá, analisi che deve integrarsi coll'esame somatico per giungere alla conoscenza della personalità completa somatica e mentale. Tale esame non deve essere soltanto individuale ma comparativo.

Comunica, poi, le sue ricerche *sulla paranoia*, da cui conclude essere questa la forma piú caratteristica di degenerazione del carattere. In quanto alla forma, le divide in *iniziali* (paranoia secondaria, lipemania di persecuzione), *evolutive* (delirio cronico di Magnan) ed *inevolutive* (paranoia originaria, *persécutés - persécuteurs*), a seconda che tal processo degenerativo si presenta abbozzato, in pieno sviluppo o in dissoluzione, perdendosi nel tipo del criminaloide o del semimbecille.

ANGIOLELLA risponde al COLUCCI non doversi del tutto tenere in dispregio il metodo puramente clinico psicologico, che ha dato risultati degni di nota in mano al LOMBROSO ed alla sua scuola, fra cui ricorda il DEL GRECO, che, seguendo questo metodo, è giunto ad un'originale interpretazione di alcune forme psicopatiche, mettendole in rapporto coi diversi temperamenti. Trova anche egli che l'interrogatorio deve variare a seconda dell'ammalato, e che molte volte bisogna non interrogarlo, ma lasciarlo parlare.

Riferisce poi alcune sue ricerche *sulle tendenze suicide negli alienati*, che egli mette in rapporto non tanto colla psicopatia, quanto con una speciale modalità del carattere neuropatico, le cui note essenziali sono: indole mite e buona, iperestesia dolorifica psichica, vivezza nel sentire certi affetti e passioni, tendenza alla fissazione delle idee e delle emozioni nel campo della coscienza, poca espansività e comunicativa, niuna tendenza a reazioni offensive, facile insorgere, invece, dell'idea e del desiderio della morte per scarso senso della propria personalità e poco attaccamento alla vita, unito a deficienza dei più alti sentimenti di collettività e di dovere sociale.

BIANCHI rileva l'importanza dello studio della vita intima pregressa dell'alienato, facendo notare come molti delirii abbiano loro radice in tendenze od idee rimaste allo stato

latente o subcosciente, o mantenute tali per la forza di sentimenti inibitori, e che poi esplodono nell'occasione di un disturbo psicopatico.

Risponde a queste varie obbiezioni il Dott. FERRARI, e quindi si passa alle comunicazioni.

LUZEMBERGER riferisce dei casi di isterismo in cui si riscontrava il fenomeno delle *absences*, deducendone non essere questo esclusivo dell'epilessia.

MIRTO, a proposito di queste, ricorda che in un giovane epilettico a cui mancava un pezzo di calotta cranica, vide la temperatura cerebrale aumentare di 2 decimi di grado durante una *absence*, il che vuol dire che questo aumento non è in rapporto colle contrazioni muscolari.

DE SANCTIS comunica alcuni casi di neurastenia nei quali si osservava l'uso di locuzioni neologistiche in una percentuale superiore a quella trovata dal TANZI nei paranoici, locuzioni, però, non sostantivi od aggettivi sostantivati. Queste locuzioni si riferiscono sempre allo stato fisio-patologico della propria infermità, e l'O. le interpreta in parte come fenomeno di ossessione, di coazione ad usar sempre le stesse parole, in parte come un fenomeno atavico, degenerativo, la cui manifestazione vien favorita dall' esaurimento generale nervoso.

DEL GRECO crede che il neologismo non sia un fatto morboso, ma il bisogno di esprimere con una nuova parola un'idea o un sentimento nuovo.

FINZI domanda se non si sia trattato nei casi di DE SANCTIS, di incipiente paralisi generale.

DE SANCTIS risponde al DEL GRECO che è per lo meno morbosa la coazione ad usar sempre la stessa parola; al FINZI che la diagnosi di neurastenia fu convalidata dai professori SCIAMANNA e MINGAZZINI.

Il giorno 11 ottobre la seduta antimeridiana e porzione della pomeridiana sono occupate dalla relazione del dottor LUGARO sul tema: **Quali contributi diano e promettano**

di dare alla Psicologia normale e patologica i nuovi dati dell'Anatomia. Egli viene alle seguenti conclusioni:

1. Gli odierni dati anatomici sulle connessioni degli elementi nervosi in genere e i dati speciali sulla struttura dei vari organi del sistema nervoso centrale, e sopratutto della corteccia cerebrale, ci permettono di emettere delle ipotesi concrete sulle condizioni anatomiche della coscienza e sua localizzazione.

2. Essi ci permettono di affermare che, se dal punto di vista subiettivo le distinzioni coscienti richiedono come condizione necessaria lo stabilirsi di rapporti molteplici, precisi, costanti e sistematici tra le varie sensazioni, dal punto di vista obiettivo i processi dinamici che ne costituiscono il substrato debbono presentare i medesimi caratteri di molteplicità, di precisione, di costanza, di sistematicità. Occorre perciò la confluenza in determinati punti delle impressioni sistematicamente apportate dalla periferia, e il loro reciproco riscontro e l'integrazione con le tracce lasciate dai processi antecedenti: occorre che gli anzidetti caratteri si ripetano nelle forme statiche degli apparecchi anatomici.

3. La presenza di questi caratteri sarebbe l'unico criterio veramente obiettivo che ci permetta di giudicare della possibilità d'una coscienza nei vari organi di uno stesso organismo e nei vari organismi.

4. I dati sullo sviluppo delle unità nervose ci permettono di imaginare in modo concreto il meccanismo anatomico della formazione dei rapporti elementari fra gli stimoli che giungono ai centri. Questi potrebbero stabilirsi per l'azione chemotattica reciproca delle terminazioni nervose.

5. Da questa ipotesi e dal principio generale della attività specifica degli elementi nervosi, per cui ogni singola terminazione centrale deve avere qualche contrassegno fisico chimico che rappresenta un'eco dello stimolo specifico che apporta al centro e da cui è messa in azione, nasce come corollario la possibilità che il substrato degli stati elementari di coscienza consista nel processo di mutua azione che le terminazioni centrali in attività esercitano le une su le altre.

6. Siccome d'altra parte un conflitto analogo può realizzarsi nell'interno del corpo cellulare, ove affluiscono per diversi prolungamenti stimoli diversi, è possibile che anche questo sia sede di fatti elementari di coscienza.

7. Varie ragioni di indole anatomica, fisiologica e psicologica inducono ad emettere l'ipotesi che queste due maniere diverse di localizzazione della coscienza corrispondano ai due aspetti generali dei fenomeni psichici, che si presentano sempre come fenomeno di conoscenza e come fenomeno affettivo; e che il processo fisiologico inter-neuronico dia luogo ai fenomeni di conoscenza, il processo intra-neuronico ai fenomeni affettivi.

8. I risultati delle ricerche di Flechsig sulla cronologia della mielinizzazione dei diversi territori corticali, che trova riscontro nell'ordine filogenetico dello sviluppo delle stesse regioni, i risultati dell'analisi della struttura corticale nei diversi territori fatta da Caial col metodo della reazione nera, i dati sull'origine e le ipotesi sul significato delle fibre associative intra ed inter-emisferiche giustificano la ipotesi di Flechsig sul diverso significato fisiologico delle diverse regioni corticali, e la distinzione generica di centri di proiezione e di centri di associazione; mostrano che i vari gradi di sintesi che nella corteccia subiscono le impressioni esterne, e per cui dalla semplice sensazione si passa a percezioni più o meno complesse, ad idee concrete, astratte, a nozioni generali, si compiono in distinti territori corticali, che si sviluppano nello stesso ordine nell'ontogenesi e nella filogenesi.

9. Le ipotesi sul meccanismo anatomo-fisiologico dei fenomeni psichici possono, trasportate nel campo della Patologia, suggerire ulteriori ipotesi sul meccanismo di molti fenomeni psicopatologici.

10. L'ipotesi di Flechsig sul diverso valore delle diverse regioni corticali offre larga applicazione nello studio delle lesioni a focolaio, dal quale si potranno trarre sottili criteri per la diagnosi di sede, in vita.

11. I recenti studi di citologia nervosa, normale e patologica, ci hanno mostrato che la massima parte dei ma-

teriale anatomo-patologico non è utilizzabile per la Psichiatria; ma in pari tempo forniscono i criteri di un' utile scelta.

12. Lo studio delle lesioni cellulari della corteccia potrà mostrare la sede ed il meccanismo del disturbo psichico, potrà chiarire al tempo stesso il meccanismo della funzione normale, potrà permettere di giungere per induzione ad ipotesi sulla natura e la sede del perturbamento in quelle affezioni che, consistendo in pure anomalie anatomiche o funzionali, non sono accompagnate da lesioni acquisite dipendenti dall' azione di cause esterne.

13. Gli studi di Patologia cellulare nervosa, rendendo chiaro il significato dei reperti anatomo patologici, permetteranno di indagare la natura, l' etiologia, la patogenesi delle malattie mentali, forniranno criteri esatti per la prognosi, potranno suggerire espedienti di profilassi e di cura.

Prende la parola il Dott. FRAGNITO il quale rileva come la teoria della chemotassi, su cui si è fondato il LUGARO, riposi sulla ipotesi che le fibre nervose sieno la continuazione diretta dei prolungamenti cellulari, mentre da osservazioni di numerosi autori, fra cui il PALADINO, risulta invece che esse sono il risultato della trasformazione di cordoni di cellule asseriate. Da sue ricerche, inoltre, risulta l' origine pluricellulare della cellula nervosa, il che è d'accordo ancora colle osservazioni di BECHTEREW, il quale sostiene che dalla corteccia del cervello dell' embrione partono dei fili che vanno ad avvolgersi intorno ai corpuscoli embrionali, sicchè questi ultimi costituiscono i nuclei delle cellule nervose, mentre i fili formano il protoplasma ed il cilindrasse.

GRIMALDI osserva come non possa separarsi il fenomeno affettivo da quello della conoscenza, dando loro una diversa localizzazione. Considera la coscienza non come il fatto primordiale, ma come un iperfenomeno, che accompagna il fenomeno psichico.

Riferisce le alterazioni delle cellule cerebrali da lui riscontrate in un caso di paralisi pellagrosa, e trova che non possono affatto distinguersi da quelle trovate in altre forme di paralisi progressiva.

COLUCCI fa notare come oggi possa farsi il necrologio alla teoria del neurone, che era basata sull'apparenza data alle cellule dal solo metodo della colorazione nera, mentre con altri metodi si sono posti in rilievo i reticoli pericellulari, i ragnateli neuroglici del PALADINO, e l'origine pluricellulare delle fibre nervose ; ed egli stesso col metodo Weigert Pal ha dimostrato che i canestri pericellulari delle cellule di Purkinje sono costituiti da cellule mieliniche. La teoria della chemotassi è stata demolita dalle obbiezioni di APATHY, BETHE, PALADINO , ecc. Quella di FLECHSIG , poi, è messa in dubbio dallo stesso fatto che egli ha cominciato col descrivere 4 centri di associazione, e poi è arrivato a 40, il che è naturale perchè tutto il cervello è associazione.

DE SANCTIS nota che il problema della conoscenza rimane ancora inesplicato, e che le spiegazioni messe innanzi dal LUGARO sono puramente ipotetiche, come è ipotetica la distinzione fra i fenomeni di conoscenza e quelli affettivi. Osserva, poi, come alle due classi stabilite dal TANZI, di *idiozia cerebroplegica* ed *idiozia volgare,* debba aggiungersene un'altra, cioè *l'idiozia cerebroplegica e biopatica insieme,* che egli, per propria esperienza, considera molto numerosa.

ZUCCARELLI nota come la localizzazione della coscienza e della conoscenza ricordi la sede dell' anima nella glandola pineale, ammessa dal Cartesio. Fa rilevare poi l'importanza che deve avere non tanto l'istologia quanto la istochimica negli studii riguardanti le alterazioni della funzionalità cerebrale e per assodare il fondamento materiale dei disturbi psichici.

BIANCHI avrebbe voluto maggiore evidenza di fatti e minore avventatezza nelle ipotesi : e dice che col sistema del R. si arriverebbe ad una specie di trascendentalismo istologico, mettendo innanzi delle ipotesi che non hanno base alcuna nei fatti. Aggiunge non essere esatto che dal metodo sperimentale poco o nulla siasi avuto in psichiatria, rilevando, invece, come le ricerche istologiche del FLECHSIG nulla abbiano aggiunto a quanto già si sapeva, essendo i centri associativi prima di lui conosciuti. Ricorda le ricerche del TAMBURINI sulla genesi delle allucinazioni e quelle

sue sulle zone visive e poi sui lobi frontali, che ora ha dimostrato anche istologicamente non aver rapporto con fibre di senso e di moto, ma soltanto coi diversi centri corticali, onde risulta che essi sono i centri di fusione del materiale elaborato da quelli di dignità inferiore. Crede poi che tutte le psicopatie debbano dividersi in 2 gruppi: da difetto evolutivo ed infettive o tossiche; sulle prime potrá gittar luce l'istologia, sulle seconde le ricerche tossicologiche e batteriologiche.

VENTRA, a proposito delle funzioni dei lobi frontali, comunica un caso da lui osservato di ferita d'arma da fuoco, in cui un proiettile, penetrando per la calotta al lato destro della regione frontale, aveva attraversato i lobi frontali prima di destra e poi di sinistra e si era poggiato sull'ala dello sfenoide sinistro, a fianco della circonvoluzione olfattiva. L'individuo, dopo il trauma, lasciò vedere un lieve grado di confusione mentale e non fu che dopo molti anni che si svilupparono in lui le convulsioni epilettiche. Ritiene, quindi, che queste ultime sieno in rapporto non colle lesioni dei lobi frontali, ma con quelle secondarie, cioè colla propagazione del processo flogistico interstiziale cronico alle zone motrici della corteccia.

LUGARO risponde ai varii oratori che le ipotesi non le ha date se non come indirizzo a nuove ricerche, che la teoria del neurone non gli pare ancora abbattuta dalle obbiezioni mossele, che quella del FLECHSIG non crede possa bandirsi solo perchè prima furono scoverti 4 centri e poi 40, non essendo questo che l'effetto di un maggior numero di indagini, e che egli ha usato la parola coscienza nel senso piú ampio e lato.

Passando alle comunicazioni, il Dott. DONAGGIO parla del reticolo da lui osservato intorno alla cellula nervosa, e la cui porzione periferica è riuscito a colorare in un modo speciale. FRAGNITO e COLUCCI notano come esso non differisca dal ragnatelo nevroglico descritto dal PALADINO.

FRAGNITO riferisce i suoi studii sulla *istogenesi della corteccia cerebrale dei mammiferi*, da cui si rileva che, analogamente a quanto ha dimostrato il FLECHSIG per le fibre

nervose, anche le cellule si sviluppano in epoche diverse, sicchè in un embrione di cane quasi a termine, mentre le cellule del lobo occipitale e dell' ippocampo sono quasi del tutto sviluppate, quelle, invece, del polo frontale sono rappresentate da semplici nuclei.

Angiolella ha studiato col metodo Nissl le cellule nervose di animali avvelenati con urine di malati in istato di eccitamento e di altri in istato di depressione. Nei primi, che muoiono con fenomeni convulsivi, ha notato lesioni cromatolitiche aventi sede a preferenza nelle cellule corticali, nei secondi, che presentano fenomeni paralitici, lesioni a preferenza atrofiche e necrotiche, e più spiccatamente nelle cellule bulbari e spinali.

Agostini riferisce le notevoli alterazioni riscontrate nell'avvelenamento acuto e cronico per ossido di carbonio. Questi studii, iniziati da lui a proposito di un caso, capitato alla sua osservazione, di suicidio accidentale per questo gas, furono proseguiti sperimentalmente sugli animali e l'O. si propone estenderli anche dal punto di vista dell' ereditarietà, profittando del fatto che una delle cagne così intossicate è già incinta.

Cascella riferisce i risultati delle sue ricerche sul peso del cervello in gran numero di malati di mente morti nel Manicomio di Aversa.

Colucci parla dei canestri pericellulari da lui rilevati nelle cellule di Purkinje e che, mediante una sua modificazione al metodo Pal, ha dimostrato esser diretta continuazione delle fibre nervose.

Scabia mostra le fotografie di un midollo allungato in cui eravi una grave anomalia, che sembrava consistesse in una enorme ipertrofia del fascio arcifórme superficiale anteriore; egli, però, coll'esame istologico, dimostrò trattarsi di di un vero fascio soprannumerario.

Peli riferisce un caso clinico che conferma l'opinione del Tambroni, secondo cui il centro della sensibilità igrica risiederebbe nella circonvoluzione dell'ippocampo.

Ceni riassume i suoi esperimenti di recisione e suture dello sciatico in 60 cani, concludendo che la rigenerazione

delle fibre nervose è condizionata a fatti degenerativi ascendenti nel moncone centrale e nel midollo spinale. Due sole volte, infatti, vide ristabilirsi la funzione senza che si potesse osservare alcuna alterazione nè nel moncone centrale nè in quello periferico; in tutti gli altri casi si riscontrarono sempre degenerazioni ascendenti, sebbene non costanti nè uniformi.

GIACCHI parla dei risultati di 100 craniectonie da lui eseguite nel suo Manicomio. Negli epilettici ebbe peggioramento della malattia, nel senso che le convulsioni si resero un po' meno frequenti, ma più gravi. Notevoli risultati ebbe nei deliranti cronici; miglioramenti positivi in una maniaca, forse per la sottrazione di sangue, essendo stata accidentalmente ferita la meningea media. Negli imbecilli ebbe discreti risultati; notevole, però, un idiota, il quale, da muto che era, dopo l'operazione pronunziava parecchie parole.

Dopo una giornata di riposo, dedicata alla visita del nuovo Manicomio Provinciale di Napoli, della Casa di Salute privata Fleurent e del collettore centrale delle fognature, si riprendono le sedute il giorno 13 ed un'ora prima del solito per dar tempo ai varii autori delle comunicazioni dell'11 di esporre preparati microscopici. Seguono, quindi, le relazioni dei Prof. D'ABUNDO e AGOSTINI sulle **intossicazioni ed infezioni nella patogenesi delle malattie mentali e delle nevropatie, anche nei riguardi terapeutici.** Il primo sintetizza tutta le teorie al riguardo, il secondo fa una breve rassegna di tutti i lavori compiuti in questi ultimi tempi sull'argomento, ed entrambi vengono alle seguenti conclusioni:

1. — Le infezioni e le intossicazioni rappresentano nella patogenesi delle malattie nervose in generale l'elemento più frequente, sensibile ed attivo, e ciò in tutte le età della vita intra ed extra-uterina.

2. — La eredità infettivo-tossica (esempio: sifilide, alcool, ecc.) facilita nei discendenti la evoluzione di nevropatie infettive tossiche con classiche basi anatomo-patologiche.

3. — Le infezioni e le intossicazioni nei genitori, o nella madre durante la gestazione, producono spessissimo nel feto ritardi notevolissimi nei processi di mielinizzazione dei diversi sistemi di connessioni nervose.

4. — Alcune forme nevropatiche degenerative sovente sono da ritenersi dovute a difettose organizzazioni cerebrali e spinali, derivanti da processi patologici embrionali tossici guariti.

5. — Le infezioni e le intossicazioni del sistema nervoso facilitano la evoluzione d'intossicazioni secondarie, che alimentano, rinforzano e complicano la fenomenologia clinica, risultandone in complesso delle forme dovute a polintossicazioni.

6. — L'azione degli agenti infettivi tossici può esplicarsi in qualsiasi parte del sistema nervoso, dando luogo a localizzazioni periferiche o centrali sistematiche, o disseminate, e risultandone delle neuro-psicosi acute o croniche.

7. — La confusione mentale rappresenta il tipo clinico semplicemente più frequente dell'azione infettiva tossica, potendo altre forme psicopatiche avere una origine egualmente tossica.

8. — Il delirio acuto si può ritenere come una manifestazione clinica, causata da agenti infettivi tossici differenti.

9. — Le ricerche sulla etiologia della paralisi progressiva non fanno che rinforzare maggiormente il concetto della sua origine infettivo tossica.

10. — Le manifestazioni cliniche delle infezioni e delle intossicazioni del sistema nervoso sono la risultante di disturbi nutritivi più o meno pronunziati, che in determinate fasi sono suscettibili di reintegrazione, anche quando la sintomatologia faceva dubitare della guarigione.

11. — La terapia, in attesa di conoscenze precise sulle singole cause morbose, va indicata favorendo la eliminazione dei prodotti tossici, e cercando di neutralizzare od almeno di ostacolare la produzione delle intossicazioni secondarie.

ZUCCARELLI rileva come la quistione più importante da decidere sia quella se le alterazioni chimiche che danno origine a sostanze tossiche sieno primarie o secondarie al disturbo psicopatico, e come, in ogni modo, le infezioni non allignino se non nei predisposti. Parla poi di un caso osservato da lui, di un piccolo epilettico che eliminava, per la via dell'urina e dell'intestino, una sostanza nerastra, di cui l'analisi chimica, pur dimostrandovi la presenza di cloruri, fosfati e solfati, non potè chiarire la vera natura.

SEPPILLI, a proposito delle intossicazioni e dell'eredità nella genesi delle psicopatie, riassume gli studi eseguiti nel suo manicomio dal dott. LUI sull'*eredità ed alcoolismo*, da cui risulta l'azione di questo veleno come fattore di degenerazione ereditaria. Comunica, quindi, le sue osservazioni sulla *demenza paralitica in rapporto all'alcoolismo*, concludendone che esistono casi di paralisi dovuti esclusivamente all'alcool, i quali non si distinguono nè clinicamente nè anatomo-patologicamente da quelli appartenenti alle altre categorie e forme di paralisi progressiva. Nega quindi l'esistenza della così detta pseudoparalisi alcoolica.

MOTTI insiste sull'importanza della cura del salasso, come mezzo di eliminazione di sostanze tossiche.

VENTURI rileva come l'intossicazione alcoolica sia dovuta all'abuso non di vino ma di liquori, e cita, a prova di ciò, il fatto che nella provincia di Catanzaro, dove si fa abuso di vino ma non di liquori, la paralisi generale è molto rara. Richiama l'attenzione sull'antitesi che può esistere fra due infe-

zioni, e, a questo proposito, dice di avere osservato nei malati di mente una notevole refrattarietà alle affezioni reumatiche. Non accetta la teoria della genesi antotossica intestinale di molti accessi epilettici, avendo trovato in tutti i suoi epilettici buone condizioni del tubo gastroenterico.

ANGIOLELLA nota come una delle sorgenti di sostanze tossiche possa essere lo stesso sistema nervoso, quando, per eccessivo od abnorme lavorlo di esso, si producono in quantità maggiore del normale o alterate nella qualità, le sostanze di eliminazione del suo ricambio materiale. Ciò spiegherebbe la genesi di molte psicopatie per eccesso di lavoro cerebrale e specialmente della paralisi generale che spesso si produce esclusivamente pel *surmenage*, senza sifilide nè alcoolismo, e che si estende nelle classi incolte e nelle provincie agricole, appunto perchè oggi anche queste risentono delle difficoltà della lotta per l'esistenza. La trasmissione ereditaria, poi, delle suddette anomalie di ricambio materiale potrebbe stare a base di molte psicosi, di molti disturbi neuropatici costituzionali e della predisposizione alle neuro- o psicopatie.

CANGER fa notare come, in molte psicosi acute consecutive a processi infettivi, la causa possa ricercarsi non tanto nella presenza di tossine nel sangue quanto nell'esaurimento e nell' anemia dell'organismo in genere e del sistema nervoso in ispecie.

Rispondono a tutti i due relatori.

***

Nella seduta pomeridiana seguono le comunicazioni di patologia nervosa e mentale.

Il dott. MIRTO riferisce alcune sue esperienze, eseguite iniettando neurina, alcool etilico ed acetone nelle uova di polli, secondo il metodo di Fèrè. Talvolta trovó che il numero di mostruosità e di arresti di sviluppo era proporzionale alla quantità di veleno adoperato; altre volte, però, tale proporzione non esisteva, anzi si avevano maggiori mostruosità colle soluzioni allungate o colla sola acqua distilla-

ta. Causa di ciò è la ineguale distribuzione del veleno, che si accumula spesso in un punto solo e non sorpassa mai la membrana testacea, come l'O. è riuscito a dimostrare mediante iniezioni intralbuminose di bleu di metilene.

Il dott. CENI cita analoghe esperienze da lui eseguite col sangue degli epilettici, che egli ha trovato produrre mostruosità in numero molto maggiore del siero del sangue normale; fra l'altro, gli embrioni così avvelenati presentavano le vescicole cerebrali ripiene di una specie di mesenchima.

Il dott. COLUCCI nota che le condizioni create in tali esperimenti si discostano troppo da quelle naturali, perchè questi potessero servire a chiarire il meccanismo della eredità neuropatica; quindi crede che da quelli del CENI, p. es. possa dedursi la tossicità del sangue degli epilettici, ma nulla più.

TAMBURINI rileva come l'importanza degli studii del CENI sia data dalla sproporzione fra le mostruosità prodotte dal sangue degli epilettici e quelle prodotte dal sangue normale, essendovi fra loro un rapporto dal 95 al 18 per o|o. Il numero, poi, delle suddette mostruosità è in rapporto colla gravità dell'epilessia, e in casi in cui i fenomeni di questa malattia erano latenti, il siero l'ha svelata col suo potere teratogeno.

DONAGGIO legge una comunicazione inviata dal dott. MARINESCO di Bucarest, dal titolo: *Contribution à l'étude de l'Anatomie pathologique et de la Pathogenie de l'épilepsie dite essentielle*. Egli conclude che la causa essenziale di questa è la predisposizione ereditaria, su cui agiscono altre cause occasionali: infezioni, intossicazioni, ecc. Nel cervello ha riscontrato aumento di nevroglia, consecutivo all'atrofia delle fibre tangenziali ed ipertrofia di qualche cellula, ma considera tali lesioni come effetti piuttostochè come cause dell'epilessia.

VENTRA riferisce un caso tipico di *sindrome ipocenesica di Erb*, guarito colla cura tiroidea, a cui sostituì subito quella timica, visto che la prima dava luogo a fenomeni di intolleranza. Dati i risultati di questa cura e l'analogia colla patogenesi di altri noti morbi, inclina a credere che tale

sindrome possa esser l'effetto di una intossicazione per alterata funzione delle glandole a secrezione interna.

LUZEMBERGER riferisce un caso della stessa malattia, in cui la sindrome si produceva quando l'infermo soffriva di disturbi gastroenterici, il che farebbe propendere per una origine autotossica gastro-intestinale. Coll'*avvelenamento sperimentale da acetone* ha avuto negli animali un quadro fenomenico che si avvicina a quello in discussione, che egli preferisce chiamare *miastenia*.

VENTRA dice di aver preferito il nome di *sindrome ipociresica* perchè questo non include alcun concetto patogenetico.

GALANTE ha fatto numerose ricerche sul *chimismo gastrico in alcune malattie mentali*, cioè nella paralisi progressiva, nella frenosi sensoria, nella mania, nella malinconia, nella frenosi isterica. Ha trovato predominante il *tipo iperpeptico*, per ordine di intensità nella paralisi, nella confusione allucinatoria, nella mania, nello stupore allucinatorio, nella pazzia isterica, nella malinconia. Il potere eccito-motore dello stomaco è molto diminuito nella malinconia, aumentato nella paralisi generale e nella mania.

In unione, poi, col dott. SAVINI ha studiato l'*eliminazione degli eteri solforici per le urine negli epilettici e nei sitofobi*. Coll'avvicinarsi dell'accesso aumenta la eliminazione di quegli eteri, per raggiungere l'acme collo scoppiare dell'accesso medesimo o dei suoi equivalenti, mentre dopo talvolta diminuisce gradatamente, tale altra cessa di botto. Nei sitofobi, poi, vi è sempre aumento degli eteri suddetti.

CASCELLA riferisce un caso di *pazzia blenorragica* in un individuo che cadeva in uno stato depressivo con tendenze suicide e fasi semistuporose ad ogni riacutizzazione di un processo blenorragico.

ANGIOLELLA gli fa notare come questi casi, di cui ha iniziato lo studio il VENTURI, possono rientrare o fra le forme isteriche, per l'eccessiva preoccupazione di avere una malattia venerea, o fra quelle ebefreniche, in cui la malattia celtica non servirebbe che di causa occasionale a mettere allo scoperto il terreno degenerativo ed invalido dell'individuo.

Il dott. DONAGGIO riferisce di un *caso di paralisi spastica congenita*, in cui mancavauo i due fattori più ordinarii di tale malattia, cioè il parto prematuro e le distocie, e all'esame anatomico si riscontró, oltre la degenerazione dei fasci piramidali, anche quella dei cordoni di Goll e lieve atrofia delle circonvoluzioni occipito-temporali.

Il prof. AGOSTINI parla di alcuni casi di *idiozia mixedematosa* da lui curati coi tabloidi di tiroidina, al qual proposito il prof. TAMBURINI ne fa notare uno di cui ha inviato le fotografie il FRIGERIO ed uno da lui curato non colla tiroidina, ma coi salamini di tiroide.

Il dott. MARIMÒ riferisce alcune ricerche sue e del PERUGIA sul *fenomeno di Babisky, sul segno di Romberg e sulle alterazioni della pupilla negli alienati.* Il primo lo han trovato assai raramente e senza alcun rapporto colla natura della malattia; il secondo, invece, di frequente, specie nelle forme inevolutive, cioè demenza e imbecillità. Piuttosto rara è la disuglianza pupillare, spesso assente il riflesso pupillare al dolore. Il sintoma di Attanasio (l'opposto di quello di Argyll Robertson) si riscontra, oltrechè nei malinconici, anche nei paralitici e nei dementi; mentre manca sempre il nuovo sintoma di Westphal (miosi nella contrazione dell'orbicolare delle palpebre).

OBICI comunica alcuni casi da lui osservati in cui un *delirio di negazione* (sindrome del Cotard) sistematizzato seguì alla lipemania, e ne deduce non doversi parlare di due malattie consecutive, ma di due fasi della stessa malattia. Ricorda, a tal proposito, i concetti di Kraepelin sull' entità della malinconia soltanto come psicosi d' involuzione senile, mentrechè nei giovani o negli adulti dovrebbe considerarsi come fase o della demenza precoce o della frenosi maniaco-depressiva, circa il criterio prognostico come base della classifica delle psicopatie, circa la primarietà dell' elemento demenziale in molte psicosi croniche e la inscindibilità della demenza dalla malattia che l'ha preceduta.

Contro queste idee fanno obbiezioni il DE SANTIS, notando come sia, per lo meno, opportuno, dal punto di vista pratico, considerare la demenza come staccata dalla ma-

lattia acuta; lo ZUCCARELLI, rilevando la notevole intelligenza dei paranoici, e l'ANGIOLELLA il quale osserva come la nuova nomenclatura del Kraepelin serva più a confondere che a chiarire le idee, come debbano esistere ed esistano una mania ed una lipemania a sè, come la demenza debba staccarsi dalla malattia pregressa come un esito comune a cui molte e diverse malattie conducono, e come la prognosi, essendo legata all'individuo, non possa mettersi a base di distinzione di forme cliniche; conviene, però, che in questo caso, di cui si è intrattennto l'OBICI, debba parlarsi di un solo processo morboso, essendo la tendenza alla negazione insita al carattere malinconico.

BIANCHI, da ultimo, nota come non possa dirsi essere il delirio di negazione un fatto tardivo negli stati malinconici, perchè ha osservato malinconici di qualsiasi età in cui è spiccata la tendenza negativistica. Cita, a questo proposito, l'Amleto, in cui le negazioni sono ad ogni passo, pur non essendo egli un senile, e fa un confronto fra la descrizione del sole del Foscolo, in cui vi è l'affermazione che esso tramonterà sul nulla, e l'inno allo stesso sole del Carducci che invece lo vede risplendere in eterno sul lavoro umano.

CENI parla delle sue ricerche sui *bacilli* che si trovano nel sangue dei malati di *delirio acuto*, concludendo che essi non sono in rapporto col disordine psichico.

D'ABUNDO trova strano che il CENI, pur avendo trovato forme specifiche di batterii con temperatura febbrile anche per 16 giorni, creda che la loro presenza sia un fatto secondario all'alterazione dell'organismo per lo stato psicopatico.

BIANCHI dice che, sin da quando col PICCININO notò la presenza di un bacillo nel delirio acuto, pose il problema al quale non gli pare che il CENI abbia dato la definitiva soluzione. Ha potuto assodare esservi stretto rapporto fra forma morbosa e bacilli, e nega assolutamente che questi possano invadere l'organismo nel periodo preagonico; se però sieno la causa patogena od un episodio della malattia, crede non si possa affermare.

Tamburini svolge la sua comunicazione *sulla patogenesi delle allucinazioni viscerali.* Nota come la *coscienza viscerale* sia data da quelle sensazioni che, non già d'ordinario, ma in condizioni speciali, partono dagli organi interni e sono elaborate dalla corteccia. Dal fatto, poi, che, colla stimolazione delle zone rolandiche e delle basi delle circonvoluzioni frontali si hanno modificazioni nel circolo, nel respiro, nella funzione vasomotoria, nella secrezione salivare e gastrica e nella motilità dello stomaco, e dal principio oggi ammesso, che i centri da cui partono gl'impulsi di moto sono quegli stessi a cui arrivano gli stimoli di senso, è lecito dedurre che sieno quelle appunto le zone in cui si elaborano le sensazioni che pervengono dagli organi viscerali. Posto ciò, si può dare, delle allucinazioni viscerali, una spiegazione analoga a quella data dall'O. di tutte le altre allucinazioni, cioè di uno stato irritativo dei centri delle sensazioni rispettive. Quando un tale stato si produce direttamente nella corteccia, si hanno allucinazioni di origine centrale; quando, invece, vi è uno stato morboso nel viscere, allora è da questo che partono degli stimoli che arrivano al punto corrispondente della corteccia e vi suscitano una abnorme sensazione.

Capriati riassume una serie di esperienze *sull' influenza dell'elettricità sulla forza muscolare.* Ha sperimentato colla elettricità statica e galvanica e coll'ergografo del Mosso, ed ha costatato sempre un notevole aumento della forza muscolare.

De Santis domanda se tale aumento non possa essere in rapporto collo stimolo cutaneo dell'applicazione elettrica, sapendosi che qualsiasi stimolo può produrre un sensibilissimo aumento di forza.

Capriati esclude tale interpretazione, avendo usato correnti deboli ed elettrodi molto larghi, in modo che la densità elettrica era minima.

Si leva la seduta alle ore 6.

***

Il giorno 14 si apre la seduta alle 9 e si dà la precedenza alle comunicazioni non potute svolgere il giorno precedente.

Il prof. COLELLA comunica i suoi studii sulla *nevrite tubercolare*. Ha esaminato istologicamente molti nervi spinali, varie radici spinali, varii nuclei, come quelli dell' accessorio, del vago, del facciale, ed alcuni muscoli. Ha notato fragmentazione della mielina ed atrofia delle cellule delle corna anteriori, senza che le radici anteriori sieno lese, il che prova che non si tratta di degenerazione ascendente.

CANGER ha eseguito, in unione col dott. DE CESARE, delle esperienze *sulla dionina nella cura delle malattie mentali*. Han trovato che è un buon analgesico, e, quindi, è utile nelle forme lipemaniache a base di dolore psichico; che è un buon succedaneo della morfina, in quanto non ne ha gli inconvenienti ed i pericoli e se ne può sospendere l'uso senza danni; che, però, produce notevole diminuzione del peso del corpo, e, come ipnotico, è inferiore a quelli comunemunte usati.

FRONDA ha fatto delle osservazioni *sulla facile guarigione delle lesioni violente negli alienati*. Ne cita 74 casi fra cui alcuni di lesioni molto importanti e mette il fenomeno in rapporto colla mancanza dello *shok* negli alienati e colla refrattarietà loro all'azione di varii batterii e e specialmente di quelli della suppurazione.

ZUCCARELLI si intrattiene intorno alla *cura della neurastenia*. Distingne gli stati di esaurimento nervoso transitorio per lavori eccessivi, cause patematiche e simili, che si curano facilmente, da quelli che han radice nella labe ereditaria, e che, quindi, sono di difficilissima guarigione. Attribuisce la neurastenia al ristagno nei tessuti di sostanze derivanti dall' alterato metabolismo, e che, per la labe ereditaria, non trovano le condizioni opportune di affinità e di combinazioni che le rendono eliminabili. Ha avuto buoni risultati dall'uso della piperazina, forse perchè questa scioglie l'acido urico, e, quindi, attiva il ricambio materiale favorendo l'eliminazione delle sostanze ristagnate.

DE SANTIS parla, quindi, a lungo, sulla *cura dei fanciul-*

li deficienti. Crede erronei così gli scetticismi come le esagerate speranze in proposito, e nota come molti casi di brillanti successi sieno dovuti a sbagli diagnostici, essendosi trattato non di frenastenia, ma di forme psicopatiche passate a guarigione. Ha trovato la distinzione di idiozia cerebroplegica e volgare non utile dal punto di vista pratico, perchè non vi è corrispondenza fra questa distinzione e quella della maggiore o minore educabilità. Distingue i frenastenici in educabili e non educabili, e in pericolosi e non pericolosi; gli ineducabili, pericolosi o non, debbono essere rinchiusi in Manicomii, fra il *caput mortuum* inutilizzabile; gli educabili pericolosi internati in appositi asili, quelli non pericolosi tenuti a casa e mandati, come esterni, agli asili medesimi. Espone i criterii fondamentali dell'Educatorio da lui istituito in Roma; esso accoglie i rifiuti delle scuole, quelli che in esse si sono mostrati inadatti; ivi l'alienista li studia con tutte le norme della moderna psicologia e poi li consegna al pedagogista, il quale, più che ad istruirli, bada ad educarli coi metodi più in uso, avviandoli principalmente ai lavori manuali e mantenendo frequenti contatti anche coi genitori dei fanciulli. Con questi mezzi ha ottenuto notevoli risultati, perfino in un caso gravissimo di morbo di Little.

Colucci rileva l'importanza dell'argomento trattato da De Santis e nota come anche nei dementi possa esservi un certo grado di educabilità in rapporto col ristabilirsi di molte vie associative vicarianti fra le zone cerebrali lese.

Il prof. Venturi osserva esservi una petizione di principio nella distinzione fra deficienti educabili e non educabili e domanda al De Santis se è l'alienista che farà questa diagnosi *a priori* o il pedagogista dopo averne sperimentato le attitudini rispettive.

Il prof. Bianchi dice che un limite netto fra educabili e non educabili non esiste, ma che, in grosso, può dirsi essere ineducabili quelli che sono stati colpiti nell'infanzia da gravi malattie cerebrali, come encefaliti, meningiti, idrocefali, epilessia, ecc., mentre sono educabili quelli in cui non si ha da fare con processi organici, ma con un difetto

ereditario o con una causa morbosa che abbia agito sul nemasperma o sull'ovulo.

Il dott. ZUCCARELLI obbietta esservi nella educabilità dei deficienti una quistione sociale: havvi, cioè, proporzione fra la spesa che si dovrebbe sopportare per educarli ed il grado di educazione a cui si arriva, e quindi il prodotto utile che da loro se ne può trarre?

DEL GRECO domanda al DE SANTIS se abbia potuto notare un rapporto fra lo sviluppo dell'attenzione ed il grado di educabilità.

DE SANTIS risponde ai varii oratori, rilevando, fra l'altro, come sia l'alienista che deve, dopo maturo esame, fare la diagnosi dell'educabilità, assumendone la responsabilità, come l'assume in più gravi casi, e come un rapporto fra educabilità ed attenzione esista, ma non si possa per ora precisare.

Ha, quindi, la parola il Prof. VENTURI per la sua relazione sul tema: **Come la Psichiatria debba elevarsi allo studio dell'individuo e della sua attività nei rapporti colla società ed indicarne i pratici corollarii nei riguardi individuali e sociali.** Con lucida e brillante parola rileva come possano oggi distinguersi tre indirizzi psichiatrici, uno anatomo-patologico, uno clinico, uno sociologico; e come le psicopatie sieno tali solo in quanto ledono il valore sociale dell'individuo e concernono l'uomo vivente in società; e, quindi, possano distinguersi in malattie della prima età, quando ancora non si è sviluppata l'individualità sociale, e che egli chiama disturbi neuro-affettivi, in malattie della personalità individuale e malattie della personalità sociale. Non discute se la società sia un organismo; ma è indubitato che essa ha la tendenza ad organizzarsi, tanto vero che se p. es. mille individui esercenti la stessa professione si trovassero a dover viver isolati dagli altri in un'isola deserta, dopo alcuni anni si dividerebbero i compiti ed ognuno eserciterebbe un diverso mestiere. L'ambiente, dunque, determina l'indirizzo della nostra esistenza, e l'ambiente forma altresì le nostre malattie. L'aumento della pazzia che oggi si nota è in gran parte apparente, e tiene al fatto che la società è

divenuta più sensibile ai difetti psicopatici, giacchè quanto maggiore e più raffinato è il lavoro cerebrale che si esige da ognuno, quanto più l'uomo è costretto a mettere in atto capacità più sottili e differenziate e ad esecitare più delicate funzioni, tanto più facilmente risaltano le rispettive difettosità etiche e mentali. I delinquenti sono, in gran parte prodotti dall'ambiente, ed infatti nei Manicomii, dove mancano gli stimoli dell'ambiente esterno, avveransi pochissime azioni che potrebbero definirsi criminose. I delinquenti politici devono considerarsi in rapporto all'ambiente in cui vivono, e spesso non sono che il portato di sentimenti che dominano nelle masse, e che in loro determinano scoppi criminosi. La società, però, non solo rivela i pazzi, ma li crea, in quanto che nei tumultuosi cambiamenti di orientazione verso nuovi orizzonti, ricaccia da se molti individui mentalmente feriti o fiaccati, i quali non sono soltanto dei deboli, ma anche dei forti, cioè individui che hanno ipertrofici certi lati della psiche, e quando non trovano modo come esplicarli, danno luogo a prodotti morbosi. Anche il genio è l'espressione di uno sviluppo ipertrofico unilaterale ed infatti molti uomini di genio, nella vita pratica, sono sciocchi, privi di senso comune. Accetta la teoria della simbiosi del LOMBROSO, solo però come fisiologia della criminalità e della pazzia, non come terapia di esse, e crede piuttosto possano utilizzarsi le energie dei pazzi, facendole adattare all'ambiente manicomiale. Una grande valvola di sicurezza è l' emigrazione , ma dovrebbe essere razionalmente diretta. Crede che la cura dei pazzi oggi possa riassumersi così: pei deficienti, gl'istituti pedagogici, pei malati della personalità individuale il manicomio; per quelli della personalità sociale le società di patronato.

DEL GRECO accetta l' indirizzo del VENTURI e nota come sia tempo di assurgere ad una Psichiatria sintetica, che nel malato di mente studii il fattore sociale. La psichiatria, studiando alterazioni di conformazione, di reattività neuropsichica e di carattere, ha studiato tre forme dell'individualità: la costituzione, il temperamento, il carattere, e può risalire così alla conoscenza della psiche normale, le cui leg-

gi si trovano complicate o modificate nel campo patologico.

ANGIOLELLA, posto il concetto che non esiste se non l'uomo vivente in società, domanda chiarimenti al VENTURI sulla distinzione da lui fatta delle varie forme di psicopatie. Dice che l'aumento della pazzia, se in parte é apparente, in gran parte è reale, appunto in seguito alle mutate condizioni sociali. La scarsa criminalità nei manicomii crede debba mettersi in rapporto anche colla mancanza dei mezzi di offesa; ed infatti spesso avviene che, quando lì dentro qualcuno arriva a fornirsi di strumenti criminosi, il delitto accade; e lo stesso avviene nelle carceri. Non gli pare che gli uomini di genio possano dirsi sciocchi nella vita pratica; piuttosto ció può dirsi dei talenti unilaterali. I delinquenti politici, poi, in parte sono l'effetto dell'ambiente, entusiasti, cioè, in cui si fissano certe idee che circolano nella moltitudine, in parte, peró, sono criminali nati che diventano occasionalmente delinquenti politici. Nella politica poi e nelle rivoluzioni trovano sfogo le tendenze di molti criminali, che in quel momento riescono utili, salvo a ridivenire nocivi dopo e in questo senso deve intendersi la simbiosi lombrosiana.

GRIMALDI crede che uno studio a farsi sia quello dei sentimenti, che sono la guida delle nostre azioni.

ZUCCARELLI, intrattenendosi sulla cura della pazzia, rileva l'importanza della profilassi sociale, ed insiste, quindi, sulla necessità di sopprimere , o almeno, limitare la riproduzione dei degenerati.

Risponde a tutti il Prof. VENTURI.

Nella seduta pomeridiana si hanno le ultime comunicazioni.

Il Prof. ZUCCARELLI presenta 15 cranii di delinquenti in cui notansi varie anomalie, fra cui l'enorme spessezza delle ossa craniche, la presenza di fossetta occipitale interna o wormiana, l'ampiezza anormale e l' asimmetria delle fosse giugulari, la presenza di ossa interparietali complete; le in-

terpreta come fenomeni di regressione atavica ad epoche preistoriche od anche preumane.

Il De Sanctis discute circa tale interpretazione, facendo rilevare come il Sergi abbia quasi completamente demolita la teoria delle stimmate atavistiche a favore della etnica. Alcune delle anomalie riscontrate dallo Zuccarelli, infatti, si trovano in altre razze, e, quindi, crede possono considerarsi piuttosto come ricordi etnici che come nota atavica.

Il Dott. Motti ricorda che anche egli ha riscontrato varie volte lo spessore anormalmente maggiore delle ossa craniche, associato ad infossamento notevole del solco della meningea media.

Angiolella domanda al Prof. Zuccarelli quanta importanza possa avere la ricerca di nuove note degenerative nel cranio dei delinquenti, dal momento che è ormai assodato che questi sono dei degenerati; e se non convenga, invece, cercare le note specifiche delle varie forme di degenerazione e le anomalie istologiche ed istochimiche congenite che ne sono a base.

Marimò nota che anche egli fece uno studio su di un osso interparietale tripartito.

Risponde il Prof. Zuccarelli.

Angiolella legge una comunicazione inviata dal Prof. Meschede (Königsberg) *sull'ufficio e la competenza dei periti psichiatri nel giudizio della responsabilità*. Ritiene che, non permettendo la scienza psichiatrica un giudizio assoluto sulla responsabilità, il perito psichiatra debba astenersene.

Tamburini non divide l'opinione del Meschede, ritenendo che solo gli alienisti possono stabilire le condizioni della coscienza e della libertà e quella che le modificano, e che quindi hanno il diritto ed il dovere di entrare nel giudizio sulla responsabilità.

Tambroni riferisce di *un caso interessante di microcefalia* e ne mostra le fotografie.

Del Greco descrive i caratteri dei *delinquenti pazzi* da lui studiati nel Manicomio di Nocera, e trova che se ne possono distinguere tre tipi clinici: il delinquente semimbecille, epilettoide, brutale, quello raffinato, evoluto nella in-

telligenza , simulatore e dissimulatore, neurosico, oscillante fra pazzia e delitto; ed un terzo, intermedio fra questi due, cioè il tipo passionale, rappresentato da individui in cui, a causa di una violenta emozione, si iniziano insieme pazzia e delitto e che poi si perdono presto nella demenza. Havvi in tutti permanenza di contegno antisociale, per cui sono costoro le piaghe degli asili. Mentre nel pazzo é alterato in particolar modo il temperamento, nel delinquente invece è lesa la costituzione; il primo è un individuo asociale, il secondo antisociale.

Il Dott. GONZALES richiama l'attenzione sugli inconvenienti che derivano dalla presenza nei manicomi comuni dei delinquenti pazzi provenienti da quelli criminali; e a lui si associa il SANNA SALARIS il quale aggiunge che nel manicomio da lui diretto a Cagliari vanno i delinquenti alienati direttamente dalle prigioni. Si approva, quindi, all'unanimità, il seguente ordine del giorno firmato dai Dottori GONZALES, DEL GRECO, SANNA SALARIS, MOTTI e ANGIOLELLA:

Il Congresso ha discusso sugli inconvenienti derivanti dalla presenza nei Manicomii di delinquenti pazzi, i quali col loro carattere violento, indisciplinato ed immorale, danneggiano la disciplina degli asili ed ostacolano la cura degli altri ricoverati. Visto ciò, in attesa della legge sui manicomii, e tenuto presente che le condizioni economiche delle Provincie non sempre consentono la creazione di speciali sezioni per criminali, fa voti perchè il Ministro dell'Interno disponga che i delinquenti alienati, anche dopo scontata la pena, sieno tenuti nei Manicomii criminali.

Il Dott. LOJACONO dimostra la necessità che il magistrato giudicante, nei giudizii d'interdizione e d'inabililitazione, senta il parere di medici alienisti, e presenta un ordine del giorno in questo senso, che è approvato.

Si approva anche quest'altro firmato dai Professori BIANCHI, TAMBURINI e VIRGILIO:

Il Congresso fa voti che, alla riapertura della Camera, sia ripresentata la legge sui Manicomii, e sia data pubblicitá alla inchiesta eseguita in questi asili, rispondendo, così, ad un bisogno della Scienza e dell'Amministrazione.

Su proposta del Prof. D'ABUNDO:

a) Si riconferma l'ufficio di Presidenza della Società Freniatrica, nelle persone del Prof. TAMBURINI, Presidente, VIRGILIO, Vice Presidente, Dott. ALGERI, Segretario, Dott. FERRARI, Vice Segretario.

b) Si nominano soci onorari i Professori ARMANNI, PALADINO, MENDEL, VAN GEHUCHTEN, e DÉJÈRINE, e soci corrispondenti i Dottori EDINGER, IRELAND e NAECKE.

c) Si sceglie la città di Ancona a sede del futuro Congresso.

d) Si stabiliscono i seguenti temi generali per detto Congresso:

1. Sui provvedimenti per diminuire l'affollamento nei manicomii ed il carico relativo delle Provincie. Relatore professore TAMBURINI.

2. Sulla classificazione delle psicopatie. Professori BIANCHI, TAMBURINI, BONFIGLI, MORSELLI, VENTRA, Relatore DE SANCTIS.

3. Genesi e nosografia della paralisi generale. Relatore prof. BIANCHI.

4. L'indirizzo pratico che la Psichiatria può dare alla Pedagogia. Relatore Prof. AGOSTINI.

5. Sui criterii e metodi per l'educabilità dei deficienti e dei dementi. Relatori Dottori DE SANCTIS e COLUCCI.

6. Sui progressi della Psichiatria e della Neuropatologia per ciò che riguarda organizzazione, custodia e cura dei pazzi. Relatori Dottori SEPPILLI e TAMBRONI.

e) Si fa un voto di plauso al Presidente professore BIANCHI pel modo come ha diretto le sedute ed ai Segretari e Vice Segretarii.

Il Prof. TAMBURINI ringrazia per la conferma nell'ufficio di Presidente della Società.

Il Prof. BIANCHI fa una rapida sintesi dei lavori del Congresso e saluta tutti i Congressisti.

***

Questa la parte scientifica; per quel che riguarda le feste ed i ricevimenti, ci sia lecito soltanto ricordare come, fra le altre visite, i Congressisti abbiano onorato di loro presenza il manicomio di Nocera, segnando così una giornata memoranda nella storia di questo Istituto, che fu lieto di ospitare per poche ore fra le sue mura molti fra i più distinti cultori della Psichiatria in Italia, insieme ad un gruppo di loro gentili ed eleganti signore.

G. Angiolella.

RIVISTE

F. Masci — Il sogno e l'ipnosi — *Studio psicologico* — *E-str. « dalla Rivista Novissima » Napoli, 1899.*

L'illustre filosofo abruzzese, che non ha guari donava agli studiosi un manuale di Logica, denso di idee, di conoscenze, e personali vedute, alla lunga, meditate, ed in brevi parole scolpite; ci condensa nell'articolo in esame la psicologia dell'ipnotismo, cui fa da premessa quella del sogno. Il pensatore che volge lo sguardo sui dati attorno a cui si travagliano gli osservatori, potrà fare utilissimo compito, tentando di applicare, sulla base dei fatti raccolti, metodi di prova ed indagine logica, più sottili e precisi, menati innanzi con spirito più largo e rigoroso; sì che rifacendo le conclusioni raggiunte, si studierà di vederne i nessi con le più lontane discipline. Questo lavorìo di critica e sistemazione é proprio del pensatore; che viene dopo, ed ha l'animo sgombro dalle dubbiezze e dagli entusiasmi di chi l'ha preceduto.

Splendidamente (e non si reputi la mia asserzione esagerata) adempie l'A. ad un tal compito; chè in brevi pagine condensa un cumulo enorme di fatti, esposti con grande esattezza, e li sottopone, in una con le teorie escogitate, ad un'analisi, sobria e rigorosa. L'angustia dello spazio non mi concede di esporre particolarità. Mi limiterò a ricordare con quanta delicatezza egli abbia cercato di definire la *suggestione*, distinguendola dalla credulità e da altri fenomeni collaterali. Egli osserva, come la suggestione ipnotica abbia a carattere, non l'incoscienza, ma l'automatismo; inoltre che importi « isolamento delle rappresentazioni suggerite », e conclude:

« Dunque le suggestioni ipnotiche non sono associazioni inconscie, sensorie o volitive, positive o negative che siano; sono fatti di meccanica psichica sottratti alla coscienza generale, non alla speciale di essi soltanto; sono connessioni o eliminazioni, sulle quali non esercitano alcun controllo efficace la volontà e l'appercezio-

ne coordinatrice e direttrice. Sono inoltre (e questo é non meno importante), associazioni sulle quali e contro le quali non esercitano nessuna azione altre associazioni. Sono dunque fenomeni dell'associazione psicologica *isolati* più o meno completamente dal resto della coscienza, o, che é lo stesso, fenomeni dell'associazione psicologica nei quali è assorbita tutta quanta la coscienza, o sui quali è concentrata..... ».

Del Greco.

G. Sergi — Dei movimenti primordiali negli organismi elementari — *Estr. della « Rivista di Scienze Biologiche », f. 5-6, 1899.*

Difficile questione in verità è quella trattata dall'A. e di alta importanza per la psicologia. É noto, come intorno ai fenomeni volontarii, geneticamente considerati, si scindano gli psicologi in due schiere, l'una che considera i fenomeni di volontà ed esplicazione, come generati da stimoli adatti, esterni, ed interni li considera sul tipo dei reflessi. La seconda considera tali fenomeni come primitivi, inerenti alla vita, od alla psiche, a seconda dei loro convincimenti intorno alla natura dei fenomeni in esame.

Ora l'A., nell'indagare tali movimenti negli individui elementari (nei protisti), non cade nell'errore di sospettare in essi una volontà rudimentale; ma dice, che dal perchè v' hanno in essi alcuni movimenti provocati da stimoli (luce, calore, sostanze medicamentose), altri movimenti *spontanei;* per questa e per tante altre ragioni; egli dice, che il *moto* deve essere inerente alla vita, e più, dev'essere *la manifestazione caratteristica della vita.* Vita é scarica di energia, la quale determina in questi primi esseri (alla base delle piante e degli animali), o traslazione d'uno in altro posto, o movimenti interni (correnti protoplasmatiche); e determina, negli esseri organizzati, tutto quell'insieme di movimenti, che diconsi *funzioni vitali,* come le secrezioni, la circolazione, ecc.

Ciò posto, acutamente osserva l'A., come l'aspetto passivo dei fenomeni vitali, la così detta « sensibilità » degli organismi superiori, sia in rapporto e dipendenza di quelli di moto, di estocinesi. La eccitabilità (sensibilità), come proprietà generale del protoplasma, non apparisce sotto una forma positiva; essa è veicolo per il movimento, attitudine di trasmissione degli stimoli, è sub-

ordinata al movimento. La sensibilità tocca una certa autonomia, quando si sviluppa il tessuto nervoso; allora si differenzia dalla eccitabilità protoplasmatica generale, e raggiunge il carattere di psichicità.

Il fatto primitivo, essenziale, è adunque il movimento; ed è esplicazione di energia; è la vita. « Vorremmo studiare come, ora, dopo l'interpretazione data alla forma primordiale del movimento, si possono interpretare i movimenti noti nei loro caratteri fisiologici ed infine quelli detti volontarii: ciò sarà oggetto di altra ricerca ». Auguriamoci, che il geniale psicologo naturalista presto adempia alla sua promessa, riuscendo con simile indirizzo ad una psicofisiologia della Volontà.

Del Greco.

BIBLIOGRAFIE

D. Anglade — DÈLIRES SYSTÈMATISÉS SECONDAIRES — *Congrês des mèdicins aliènistes et neurologistes, Marseille, Avril, 1899.*

La Francia continua nella sua gloriosa tradizione dello studio metodico, progressivo, *clinico sintomatologico* degli ammalati di mente: studio che ha dato così belle scoperte alla Scienza. Ed i giovani alienisti di quel paese, senza deviare dalla linea tracciata dai predecessori, integrano il loro indirizzo con conoscenze e vedute collaterali, porte ad essi dagli studiosi di altri nazioni; e sentono tutta l'importanza delle questioni di psichiatria generale, di sintesi clinica. A differenza della nostra Psichiatria, che dopo la splendida e collaterale opera lombrosiana, vaga in una molteplicità di indirizzi, che non arrivano a prendere incremento e sviluppo; denotano nei nostri cultori, ben troppo di frequente, poca o nessuna famigliarità col precipuo oggetto degli studii psichiatrici, cioé col malato di mente.

La relazione in esame studia, con grande larghezza e senza preoccupazioni di scuole, una delle più delicate questioni della clinica, quella dei delirii sistematizzati secondarii. Precede una limpida ed accurata parte storica, in cui l'A. mette in grande rilievo tutto il merito degli studii di Tonnini, Tanzi ed Amadei in proposito. Viene quindi alla sua parte. Descrittivamente studia i delirii sistematizzati secondarii, e dimostra come sieno ugualmente giuste, tanto la opinione del Krafft-Ebing, che in molti casi li assimila alle demenze; quanto l'altra opposta dal Tonnini, che li raggruppa nelle paranoie.

Dà i caratteri dei delirii secondarii alla *mania*, e

viene alla disamina di quelli secondarii alla *lipemania*, e li aggruppa in

a) delirii sistematizzati postmalinconici rappresentanti una o molteplici concezioni deliranti svolte durante lo stadio psiconeurotico, che sopravvivono alla psiconeurosi, talvolta ai disturbi sensoriali di cui sono la interpretazione.

b) delirii sistematizzati secondarii alla lipemania e che prendono la piega delle psicosi sistematiche progressive.

c) delirii postmelanconici a carattere esclusivamente depressivo.

Importante é la discussione dell'A. a proposito del secondo gruppo b) di delirii sistematizzati, in cui parla egli dei casi misti di malinconia e paranoia. L'A. accetta l'idea della scuola italiana che la paranoia sia un fatto costituzionale, e ne accoglie la mia descrizione psicologica. Dice che la psiconeurosi malinconica è il risultato e la manifestazione di una degenerazione acquisita. Questa esercita sull'individuo una influenza depressiva che viene ad aggiungersi agli effetti della degenerazione paranoica. L'associazione e la combinazione di questi due ordini di degenerazione rendono conto di tutti i fatti dei delirii sistematizzati secondarii postmalinconici.

Importantissima ed originale è la esposizione di reperti di individui con delirio di negazione, e che all'autopsia dimostrarono alterazioni anatomiche del sistema nervoso, periferico e centrale. I disturbi della sensibilitá generale e speciale occupavano in tali deliranti il primo posto. Il delirio interpretava in essi sensazioni reali.

L'esauriente dimostrazione di tali ultime vedute, porte dall'A., mi fa piacere, perchè é la conferma sperimentale di una induzione clinica, da me avanzata in un lavoro, che l'A. ha avuto la bontà di ricordare in moltissimi luoghi della sua relazione. Infatti in quello scritto io dicevo: « Il delirio di negazione poi non si svolge come quello paranoico, nel campo della imaginazione, della intelligenza; chè non dimostra a contenuto in ispecial modo percezioni ed idee, segni di fatti, veri o falsi, che si credono nel mondo esterno; bensì contiene

precipuamente *abnormi sensazioni organiche*. Il delirio di negazione è in certo modo l'immediata formula cosciente di queste ultime; il principio di causalità occupa in esso una parte ben limitata e secondaria ». (Delirio e forme paranoiche in rapporto ad altri delirii e condizioni patogenetiche. Man. mod. 1896, pag. 23).

Infine parla l' A. dei delirii sistematizzati secondarii alla follia a doppia forma, e dei delirii sistematizzati secondarii alle neurosi e alle intossicazioni.

Come vedesi, la relazione è più che mai completa, confortata di fatti e lucide argomentazioni, come le sanno fare i compaesani di Cartesio.

Nel mio ora citato lavoro, io studiavo i delirii sistematizzati secondarii alle varie psiconeurosi, e li consideravo, come paranoie all'inizio. Notisi peró che io adoperavo la parola delirio sistematizzato in senso stretto. Io dicevo: « La sistematizzazione nelle idee importa uno svolgimento di esse nella rappresentazione del tempo; quindi memoria di fatti, recenti o passati, e *sforzo di coordinazione attorno ad una veduta fondamentale* » (pag. 23 loc. cit.). Ora in clinica psichiatrica l'espressione di delirio sistematizzato suona qualche cosa di più generico di quello ora da me designato; suona permanenza, *stabilità* di idee deliranti o delirii. Non vi è quindi contraddizione, se io accolgo le vedute dell' A. sulla difficile questione: tanto più che nella mia comunicazione all'A., dicevo: « Questi delirii (i secondarii) non presentano sempre i caratteri di delirii sistematizzati o paranoici. Sono la espressione di un indebolimento intellettuale sopra un fondo di alterazione cenestesica e sensitivo-sensoriale. Altre volte manifestano tendenza a divenire paranoici ».

Soltanto avanzo qualche riserva sulla sua sottile distinzione di elemento malinconico e paranoico, psiconeurotico e costituzionale, in alcuni deliranti postmalinconici, *riguardo al valore prognostico della psicosi*, da cui gli individui sono affetti. Tranne questo limitato punto (riserva sulla questione *prognostica)*, trovo giustissima la divisione in elemento psiconeurotico e costituzionale. Per me la lipemania è alterazione di *tem-*

peramento: la paranoia degenerazione di *Carattere su abnorme costituzione.*

La relazione dell' A n g l a d e è pregevolissima: illumina molte questioni di Psichiatria generale e speciale; suggerisce non poche idee; ne dimostra alcune; ed è sopratutto ricca di fatti, bene raccolti e meglio descritti.

Del Greco.

S. Venturi — Le mostruosità dello spirito — *Milano, Treves, 1899.*

Riassumendo e chiarendo con nuove prove e nuovi argomenti molte sue idee emesse in precedenti pubblicazioni, e ripigliando alcuni studii da lui iniziati insieme al T o n n i n i su quegli individui che, perchè dotati di qualità che escono dalle comuni, meritano il nome di caratteristici, l'A. ci ha dato un libro, il quale, per la sua forma spigliata ed attraente, si presta a portare a conoscenza di un pubblico molto più largo di quello puramente scientifico, le sue teorie ed il suo peculiare indirizzo, consistente nel considerare le anomalie della psiche individuale in rapporto alla funzione del relativo individuo nell'ambiente sociale. Egli comincia con uno studio generale sui caratteristici, cui fa seguire un esame di alcuni gruppi di essi: i bugiardi, i delinquenti, i geniali, dedicando un ultimo capitolo alle donne delinquenti e geniali, in cui espone la sua teoria sulla origine dei due sessi, che egli considera come derivanti da due specie diverse, prima divergenti e poi convergenti.

Si potranno discutere queste idee e tante altre esposte nel libro; ma niuno potrà negare che esse abbiano

l'impronta di una intelligenza che è tra le poche davvero forti ed originali, che si contino fra i cultori della Psichiatria in Italia. E i difetti che si possono notare nel libro sono conseguenze appunto di questa originalità prepotente ed esuberante, che finisce qualche volta per trascinare l'A. a vedute che incontrano difficoltà ad essere accettate dalla generalità, appunto perché troppo lontane dai comuni modi di considerare le cose che egli tratta. Chi sappia, però, sfrondarlo di qualche cosa di esagerato, vi troverà tesori di osservazioni e di idee, da cui potrà trarre lume ed indirizzo il sociologo e lo psichiatra.

G. Angiolella.

Prof. F. P. Sgobbo — Giornale di Elettricità Medica

N. 1.° — Ottobre 1899

Il vertiginoso progredire delle mediche discipline durante questo ultimo quarto di secolo ha spinto tanto oltre la progressiva moltiplicazione di riviste e giornali delle diverse specialità, da rendere quasi impossibile allo studioso il poterne seguire lo svolgimento e lo studio. Senza dire che spesso la produzione scientifica, per quanto intensiva, non riesce proporzionale al crescente pullulare degli organi di diffusione, alcuni dei quali debbono necessariamente rimanere atrofici ed inutili per mancanza di alimento e di finalità.

Non è a dire lo stesso però del nuovo giornale del valoroso ed attivo Professor Sgobbo. Egli, con questa pubblicazione di Elettricità Medica, viene a colmare un vuoto, che si deplorava nella vita militante della nostra neuropatologia.

L'indirizzo eminentemente pratico dato al giornale sarà altamente utile ed apprezzato dal ceto medico. In questo primo numero infatti, ai buoni, per quanto

sobrî, lavori originali seguono numerose recensioni bene scelte, specie nel campo della elettroterapia ed elettro diagnostica, ed infine dei brani di fisica elettrica ed elettrofisiologia.

Auguriamo di cuore a questa nuova manifestazione della cultura e del senso pratico scientifico del nostro egregio amico la fortuna e diffusione, che merita.

Dott. Ventra.

PARTE SECONDA

Rendiconto Statistico

del Manicomio Interprov. V. E. II.

MOVIMENTO DEGLI ALIENATI

durante l'anno 1899

PROVINCIE Consorziate, fuori consorzio Enti morali e privati		Esistenti al 31 Dicemb. 1898	Ammessi nell'anno 1899	Usciti nell'anno 1899	Morti nell'anno 1899	Esistenti al 31 Dicem. 1899
Avellino	u	114	36	31	14	105
	d	53	23	19	4	53
Bari	u	132	48	31	11	138
	d	64	16	8	5	67
Campobasso	u	102	21	15	11	97
	d	50	17	12	4	51
Cosenza	u	94	22	9	3	104
	d	34	8	3	4	35
Foggia	u	74	20	21	5	68
	d	39	14	11	2	40
Salerno	u	147	63	42	16	152
	d	79	41	26	11	83
Provincie fuori Consorzio	u	10	6	3	1	12
	d	1	»	»	»	1
Enti morali	u	2	16	16	»	2
	d	»	»	»	»	»
Privati	u	18	16	13	2	19
	d	7	8	6	»	9
Totale parziale	u	693	248	181	63	697
	d	327	127	85	30	339
Totale generale		1020	375	266	93	1036

Questo Giornale esce tre volte l'anno.

L'abbonamento annuo pel Regno è di L. 7 anticipate — Per l'estero L. 9 — Un numero separato costa L. 3.

Gli abbonamenti si fanno presso l'amministrazione del Giornale.

La Direzione ed Amministrazione del Giornale sono presso il Manicomio Interprovinciale Vittorio Emmanuele II. in Nocera Inferiore.

Tutto ciò che riguarda la parte scientifica sarà spedito al Dott. Domenico Ventra (Manicomio di Nocera Inferiore). I valori e tutto ciò che riguarda l'amministrazione s'invieranno al Dott. Gaetano Angiolella (Manicomio di Nocera Inferiore).

La Direzione offre agli autori pei lavori originali 50 copie tirate a parte.